

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 34

LES
FORMES DYSPEPTIQUES
DE L'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine GOURSOLAS

Né le 1^{er} Septembre 1881, à Bourges (Cher),

Élève à l'École du Service de Santé militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1903

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 34

LES
FORMES DYSPEPTIQUES
DE L'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Décembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine GOURSOLAS

Né le 1^{er} Septembre 1881, à Bourges (Cher),

Élève à l'École du Service de Santé militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY.
Cliniques chirurgicales	X. GAYET GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. BEAUVISAGE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. FLORENCE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), *Président*; SIRAUD, *Assesseur*;

MM. VILLARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ce premier travail en bien faible
témoignage de mon affection et de ma
reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

Professeur de Médecine opératoire,
Chirurgien de l'Hôtel Dieu.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VILLARD

Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TÉMOIN

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Bourges.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALLAIN

Pharmacien-major de 2^e classe,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

Au moment de terminer notre scolarité, nous ne pouvons nous empêcher de jeter un regard en arrière, pour remercier tous ceux qui nous ont porté quelque intérêt.

Dès nos débuts dans la vie médicale, nous avons trouvé, pendant nos séjours à Bourges, en M. le D^r Témoïn, un maître dont l'amitié nous est chère. Près de lui nous avons pu observer les malades qui sont le point de départ de nos recherches, près de lui nous avons appris à aimer la chirurgie et nous garderons un inoubliable souvenir des trop rares instants passés à ses côtés, depuis plus de cinq années.

A Paris, M. le D^r Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, nous accueillit avec bienveillance dans son service et nous sommes heureux de l'en remercier ici. Durant un an, nous avons pu écouter sa parole et suivre ses conseils et nous sommes fier d'avoir eu un tel maître comme premier initiateur.

M. Remy Perrier, chargé de cours à la Faculté des Sciences, daigna lui aussi s'intéresser à nous. Sa bonté à notre égard en maintes circonstances nous fait un devoir bien agréable de lui en témoigner notre reconnaissance.

Appelé ensuite à Lyon pour y terminer nos études, nous avons pu apprécier souvent l'amabilité de nos maîtres civils et militaires.

Nos remerciements vont tout spécialement à M. le professeur-agrégé Villard. Il a bien voulu s'intéresser à ce travail et nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude pour l'affabilité avec laquelle il nous a si souvent prodigué ses conseils pour l'élaboration de ces quelques pages.

M. le professeur Maurice Pollosson nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

MM. les répétiteurs Georges et Niclot nous feront conserver un agréable-souvenir de notre passage dans leurs services et nous sommes heureux de trouver l'occasion de les remercier de leur bienveillance.

Merci enfin aux quelques bons amis qui nous ont aidé à passer le plus agréablement possible les heures de liberté. Qu'ils veuillent bien se reconnaître dans ces quelques lignes et être assurés de notre fraternel attachement.

LES FORMES DYSPEPTIQUES DE L'APPENDICITE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET HISTORIQUE

Les troubles digestifs dans l'appendicite sont de notion très ancienne. Jamais symptôme ne fut, semble-t-il, plus banal. Aux temps déjà lointains de la typhlite on ne manquait pas d'attirer l'attention sur « l'engorgement stercoral » et ses conséquences fâcheuses sur la digestion. Aujourd'hui il est classique que toute appendicite se fait cortège d'un état mauvais du tube intestinal.

Ce n'est pas de ces faits qu'il s'agira ici. Nous ne passerons en revue que les cas où les troubles dyspeptiques acquièrent par leur prépondérance et leur ténacité une place telle, qu'ils permettent d'individualiser une véritable forme dyspeptique de l'appendicite. Récemment Longuet a réuni certains de ces faits sous le terme général de « dyspepsie appendiculaire » ; mais il a fait de cette affection ainsi définie une des variétés de l'appendicite chronique. Pour nous, au contraire, ce mot doit avoir un sens beaucoup plus large et nous étudierons sous ce terme, ou mieux sous celui d'appen-

dicite dyspeptique, tous les cas où les phénomènes digestifs sont assez importants pour donner à la maladie une allure spéciale, quelle que soit du reste l'évolution même de l'affection.

L'appendicite dyspeptique ainsi comprise existe-t-elle et comment le prouver ?

C'est à la chirurgie que revient l'honneur d'en avoir fait la démonstration. A côté des dyspepsies, causes de l'appendicite, il y en a qui sont créées par elle. Supprimons en effet la lésion causale, faisons l'ablation de l'appendice et la guérison du syndrome gastro-intestinal surviendra bientôt intégralement, puisqu'en supprimant la cause, on fait en même temps disparaître l'effet.

Voilà ce qui ressort de toutes les observations et permet de détacher et d'établir un type dyspeptique.

Ce n'est pas dire que les troubles digestifs n'aient jamais été signalés jusqu'ici dans l'évolution des appendicites, comme pouvant amener, par leur importance, des erreurs de diagnostic. D'une phrase, d'un mot, tous les auteurs qui se sont occupés de la question les mentionnent, mais ils n'en ont pas fait une étude spéciale.

Jules Simon, Talamon, Monod et Vanverts, Walther, Jalaguier, Longuet en France, Ewald et Sonnenburg en Allemagne sont plus explicites à leur endroit.

Ainsi Jules Simon, en 1891, écrit :

« Pas d'appendicite sans état préalable (constipation simple, engorgement du cæcum, stercorémie, retentissement sur l'état général). Au lit du malade les accidents réflexes dominant souvent la scène : insom-

nie, céphalée, anémie, troubles dyspeptiques.... Pour eux, on vient vous consulter. »

Talamon l'année suivante, en 1892, insiste aussi à ce sujet :

« Dans la période intermédiaire aux crises aiguës, il persiste souvent des douleurs abdominales vagues, des coliques fréquentes, du ballonnement facile du ventre, des digestions pénibles, des alternatives de constipation et de selles muqueuses.... Si la chute est surtout appendiculaire, la période intermédiaire est plutôt caecale ou du moins intestinale. »

Et des considérations analogues sont développées dans une deuxième monographie du même auteur.

Monod et Vanverts, en 1897, parlent aussi de « ces prodromes digestifs » :

« Parfois, c'est depuis plusieurs mois et même plusieurs années qu'il existait de la dyspepsie, des accidents d'entérite muco-membraneuse, de lithiasse intestinale. »

Walther a insisté plus longuement sur l'appendicite chronique et ses troubles digestifs. Dès 1898, au Congrès de chirurgie de Paris, il apportait des observations et données très précises et, depuis, il a publié lui-même dans les Bulletins de la Société de chirurgie ou dans les thèses de ses élèves Rastouil et Montais, vingt et une observations où les phénomènes digestifs sont prédominants.

Jalaguier, à peu près à la même époque, signale la particularité de certaines appendicites chroniques qui ne se révèlent « que par des troubles dyspeptiques et des douleurs abdominales plus ou moins vagues. On

•

passé facilement à côté du diagnostic, car les symptômes appendiculaires, souvent mal définis et fugaces, doivent être recherchés avec beaucoup d'attention. »

Longuet, en 1902, apporte deux nouvelles observations et fait paraître un article d'ensemble sur la question. Il crée le nom de dyspepsie appendiculaire et l'applique aux cas où les troubles digestifs sont produits par une appendicite chronique.

H. Michel et Bichat, en 1903, publient deux observations très nettes.

Frappés de la fréquence et de l'importance de ces faits, M. le professeur agrégé Villard et M. le Dr Témoins dès 1902 voulurent bien nous charger de nouvelles études sur ce sujet. Grâce à leurs conseils, nous avons entrepris ce travail et nous avons cherché à remplir les lacunes qui existaient encore sur la question, en modifiant certains détails et essayant surtout de classer définitivement les types cliniques qui ressortaient des observations de jour en jour plus nombreuses.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'appendicite dyspeptique ne doit pas être considérée comme une exception. Sa *fréquence* est plus grande qu'on ne l'admet et sa rareté signalée jusqu'ici vient en partie de ce qu'elle nécessite une observation souvent minutieuse. Malgré tout, depuis que l'attention est attirée de ce côté, les cas publiés s'accroissent rapidement.

Les malades envisagés se rencontrent peu dans les salles d'hôpitaux. Ce sont, pour la plupart, des sujets recrutés dans la *clientèle de ville*. Ils n'ont fait leur apparition dans les services hospitaliers ou cliniques que du jour où l'opération a été déclarée le seul remède efficace. Auparavant, traités comme dyspeptiques ou constipés, ils se contentaient de fournir la clientèle assidue des villes d'eaux.

L'affection est d'ordinaire l'apanage des *jeunes*. C'est entre dix-huit et trente ans qu'elle apparaît. Si parfois quelques-uns de nos malades sont plus âgés, c'est que la maladie durant d'ordinaire indéfiniment, ils traînent ainsi depuis un temps plus ou moins long. Au point de vue du sexe, il n'y a rien d'important à signaler et la proportion d'hommes et de femmes est à peu près la même.

Une question plus importante est celle du *nervosisme*. Tous les sujets de nos observations étaient des nerveux. Toujours ils présentaient des signes très précis de névropathie. Mais un point reste à élucider. Il s'agit de dyspeptiques, or les troubles gastro-intestinaux sont capables de retentir sur le système nerveux, d'où nécessité de rechercher si cet état cérébral constaté est primitif ou secondaire. Il est difficile de se prononcer. L'allure souvent insidieuse du début du mal ne permet pas d'établir la date précise du commencement de l'affection. En tous cas, leur nervosisme s'exagère pendant le cours de la maladie et, après l'opération, il disparaît en partie sinon complètement dans le plus grand nombre des faits. Il semble donc que l'atteinte du système nerveux soit plutôt une conséquence, tout en reconnaissant néanmoins que les malades possédaient déjà, dans certains cas, une certaine réceptivité à ce point de vue.

On a aussi voulu faire jouer un rôle à la *constipation habituelle et à la colite muco-membraneuse*. Au lieu de voir là des symptômes ou des complications, on en a fait la cause même des phénomènes appendiculaires. Reclus, Comby, Jalaguier ont successivement, dans une discussion célèbre à l'Académie de médecine, en 1897, affirmé l'importance de l'entérite muco-membraneuse dans l'étiologie de l'appendicite. De son côté, Albert Robin rajeunissait la théorie déjà ancienne de l'engorgement stercoral, de la coprostase, en faisant dans ces dernières années, de l'hypersthénie gastrique et de la constipation qui l'accompagne, la cause de la lésion appendiculaire.

Sans aller aussi loin que Dieulafoy et nier l'existence de semblables rapports, nous admettons que ces données sont trop exclusives. Dans les cas qui nous occupent, tous ces phénomènes sont secondaires. Ce ne sont que des symptômes de l'affection de l'appendice. Ils ne peuvent, par suite, prendre place dans l'étiologie de l'appendicite dyspeptique. Il suffit de noter leur brusque disparition après l'acte opératoire pour se rendre compte qu'au lieu d'être une cause ils ne sont qu'une conséquence. L'appendicite ne se révélerait alors, pendant une partie au moins de son évolution, que par ces troubles digestifs. Si nous admettons, avec Raymond Tripiet et J. Paviot, que la douleur est surtout péritonitique, on peut très bien s'expliquer la présence d'une lésion ne produisant localement que des signes difficilement décelables et pouvant par instants s'éveiller pour donner la crise classique. Il est alors facile de comprendre qu'en dehors de ces atteintes importantes du péritoine, on peut donner aux phénomènes dyspeptiques une signification qu'ils n'ont pas, la lésion causale ne fournissant ouvertement aucun signe révélateur.

Les points spéciaux de l'étiologie générale de l'appendicite dyspeptique se résument en ces quelques considérations précédentes. En dehors de cela, il suffit de se reporter aux notions déjà connues sur l'appendicite aiguë ou chronique.

La cause déterminante de l'appendicite dyspeptique est l'infection de l'appendice. Mais cette infection, nécessaire pour causer la lésion première, est-elle spéciale ou ne diffère-t-elle en rien de celle de l'appen-

dicite classique ? N'y trouve-t-on pas certaines espèces microbiennes qui font seules leur œuvre ? Et, s'il en est ainsi, ces mêmes espèces persistantes, de grande longévité, sont-elles par leurs toxines plus aptes que d'autres à impressionner les centres moteurs et sécrétoires du tube gastro-intestinal ? Autant de questions sur lesquelles on ne peut définitivement se prononcer. Dans une de nos observations (obs. XX), nous avons pu faire l'examen du contenu de l'appendice. Cet examen, pratiqué au laboratoire de bactériologie, montra quelques cocci isolés et peu nombreux, et surtout de nombreux bacilles, ressemblant au *Bacterium coli*, ne gardant pas le Gram. La culture en bouillon, très riche en microorganismes variés, contenait surtout des bacilles ressemblant au coli, ne gardant pas le Gram, des strepto-bacilles, des staphylocoques en amas plus ou moins volumineux et des streptocoques très fins. Walther dans un cas a pu, lui aussi, étudier le contenu de l'appendice. L'examen pratiqué par Vidal montra la présence de coli-bacilles et de streptocoques. De même, une parcelle d'un ganglion ramolli, situé dans le méso-appendice, donna par culture sur la gélose, du coli et sur bouillon, du coli et du streptocoque.

Il semblerait donc résulter de ces faits *qu'au point de vue de la flore microbienne ces appendicites dyspeptiques ne diffèrent en rien des autres*. Il resterait alors dans ce cas à expliquer la dyspepsie: c'est ce que nous ferons lorsque nous étudierons la pathogénie des troubles digestifs.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Quelle *relation* peut-il exister entre les troubles gastriques et l'affection appendiculaire ? C'est là une question pathogénique difficile à résoudre ; aussi l'ingéniosité des pathologistes s'est donnée libre cours.

La possibilité même d'un rapport entre les deux affections a été niée par certains auteurs. D'autres, avec Reclus et Robin, ont voulu établir entre elles un rapport inverse ; l'estomac par son mauvais fonctionnement, amenant de la constipation, d'où engorgement stercoral, typhlite et appendicite. Sans aller aussi loin que Dieulafoy et nier l'existence de ce rapport, nous admettrons qu'il se trouve parfois en défaut. Une relation opposée existe fréquemment entre ces deux ordres de symptômes, l'appendice malade produisant, par un mécanisme varié, les troubles gastro-intestinaux signalés.

Plusieurs preuves d'ailleurs peuvent être invoquées à l'appui de cette théorie :

En premier lieu le *retentissement* des organes viscéraux sur la digestion est établi pour un certain nombre de viscères. C'est ainsi que Gross a montré que les maladies du cœur, en amenant la stagnation du sang veineux, provoquent des exsudations dans la paroi gastrique. Potain a décrit une gastrite réflexe consécutive

aux lésions pulmonaires. Enfin les dyspepsies réflexes ou mécaniques consécutives aux lésions utérines sont maintenant de notion courante et connues depuis Hippocrate.

La *clinique* vient apporter son faisceau de preuves. L'affection gastrique est souvent consécutive à une première crise parfois passée inaperçue. Les chirurgiens ont en outre constaté que l'opération donnait des résultats merveilleux, produisant à la fois la cessation des phénomènes gastriques et appendiculaires.

On connaissait bien, il est vrai, depuis longtemps l'influence des maladies de l'intestin sur l'estomac. On savait même que l'appendicite comprenait dans sa symptomatologie un ensemble de symptômes digestifs placés sous sa dépendance ; mais cette influence s'arrêtait avec la crise, c'est tout au plus, comme nous l'avons vu dans l'historique, si quelques auteurs notaient des prodromes dyspeptiques qu'ils semblaient bien mettre sous l'influence de l'appendice.

Il y a donc pour nous une *relation certaine* et fréquente entre les phénomènes gastro-intestinaux et la lésion appendiculaire.

Quant à l'action même de l'appendice, elle s'exerce par des voies multiples et, ici, la variété de lésion doit jouer un certain rôle.

L'appendice agit :

- 1° *En modifiant l'état général ;*
- 2° *Par action mécanique ;*
- 3° *En produisant une infection, une intoxication de l'économie, en particulier au niveau du tube digestif ;*
- 4° *Par action réflexe ;*

5° *Par la douleur amenant une inhibition volontaire.*

1° Les crises répétées, les douleurs sourdes et tenaces ne tardent pas à *retentir sur le système nerveux*. Cette influence acquiert une importance de tout premier ordre chez nos malades qui sont tous déjà des névropathes. L'état cérébral ainsi constitué retentit à son tour sur les organes pour exagérer les troubles et même les créer s'il y a lieu. L'estomac et l'intestin n'échappent pas à cette règle, aussi voyons-nous souvent des améliorations très sensibles chez des sujets opérés d'appendicite et porteurs en même temps d'affections gastriques ou intestinales, sans aucun rapport primitif avec la première. Ici, nous n'avons pas de guérison, car il y a simplement coexistence de diverses maladies, mais le rôle de l'appendice n'en est pas moins pour cela très important, puisqu'il peut amener des aggravations sérieuses qui cèdent avec son ablation. C'est ainsi que sont améliorées, d'une façon remarquable, certaines colites muco-membraneuses, certaines constipations invétérées qui existaient déjà avant toute lésion appendiculaire et que l'appendicite ne faisait qu'exagérer : les observations XIV, XX, XXI, en sont des exemples très nets.

2° Les troubles gastro-intestinaux peuvent être aussi produits par une *action purement mécanique*.

Le mode d'action est du reste variable.

C'est l'*épiploon* qui est ici le facteur principal. Par ses adhérences aux différents organes, il produit des tiraillements, des coudures qu'il nous faut maintenant interpréter. Ces dyspepsies mécaniques, dues aux ad-

hérences contractées par l'épiploon avec les organes abdominaux, ont été reconnues par Walther et son élève Levrey. Mais c'est à Paul Delbet que nous devons leur découverte à propos des troubles gastro-intestinaux dans les affections génitales de la femme, les deux précédents auteurs n'ayant fait qu'adapter les explications données à certains cas d'appendicites dyspeptiques.

Cette explication séduisante de Delbet est démontrée par le succès opératoire. Dans le cas relaté :

Il s'agissait d'une jeune femme qui, à la suite de couches, présenta une endométrite puerpérale puis consécutivement une salpingite suppurée à gauche. En même temps apparaissaient des troubles digestifs variés : flatulence, digestions lentes et pénibles, puis les troubles gastriques augmentent et la malade en est amenée à réduire son alimentation aux œufs et au lait. Douleurs épigastriques après les repas. Amaigrissement.

A l'examen, on note « pas de ptose viscérale, paroi résistante. »

L'opération est décidée. A l'incision, on tombe sur l'estomac dilaté, dont la grande courbure venait affleurer le pubis. Du bord inférieur de l'estomac partait une série de brides tendues, adhérentes à la partie antérieure de l'excavation pelvienne. Rupture des adhérences. La guérison survint sans accidents.

Pour Delbet, il n'est pas douteux que les troubles gastriques et l'affection utérine soient en relation directe, et il les rattache à la traction du grand épiploon sur la grande courbure de l'estomac :

La traction sur le grand épiploon ne produit pas, à proprement parler, la gastrectasie mais la gastropiose. On peut le vérifier sur le cadavre.

Cette gastropiose suffit pour amener secondairement la dilatation vraie.

En expérimentant sur des cadavres, j'ai pu constater que la traction sur l'épiploon était transmise par la grande courbure au pylore. Dans ces conditions, il se produit quelquefois au niveau du pylore un pli qui vient diminuer son calibre. Dans la majorité des cas, ce n'est pas là que se fait le principal obstacle à l'évacuation de l'estomac. Lorsqu'on tire sur le grand épiploon, la première portion libre du duodénum descend avec l'estomac, la deuxième au contraire reste fixée et entre les deux portions fixe et mobile, il se produit une coudure accentuée. Cette coudure crée un obstacle à la libre évacuation du contenu de l'estomac.

Les aliments stagnent, d'où lenteurs des digestions, pesanteurs et douleurs d'autant plus intenses, qu'à la stagnation ne tarde pas à s'ajouter la fermentation avec toutes ses conséquences. Ainsi s'établit la dilatation passagère puis permanente. Une dilatation due ainsi à un obstacle permanent ne peut guérir que par une intervention. »

Cette explication mécanique est d'autant plus intéressante que les symptômes digestifs signalés cadrent avec ceux de certains de nos cas d'appendicite dyspeptique, aussi Walther l'a-t-il appliquée à certains faits de dyspepsie appendiculaire :

Une part des troubles digestifs peut être rapportée à ces vieilles adhérences. Dans deux cas, j'ai vu l'estomac tirailé par cette rétraction de l'épiploon adhérent au cæcum et au côlon ascendant, au point que la grande courbure apparaissait sous la lèvre interne de l'incision iliaque. Dans ces deux cas, les signes de dilatation d'estomac qui avaient été constatés avant l'opération disparurent et les fonctions digestives redevinrent normales. »

Walther ajoute encore un autre rôle à ces adhérences épiploïques. Une part des troubles digestifs peut être parfois rapportée à la condure de l'angle droit du côlon qui, enserré, met un obstacle palpable à la libre circulation des matières.

Ce rôle des adhérences épiploïques, dans les troubles dyspeptiques appendiculaires, avait, il faut le reconnaître, été déjà signalé avant Walther. Glénard, le savant clinicien de l'Ecole Lyonnaise, avait dès 1885, dans son livre sur l'entéroptose, mentionné l'influence des adhérences du grand épiploon à la face postérieure des pubis, comme susceptible de produire l'entéroptose et d'en favoriser les conséquences. Il va même plus loin et signale, ce qui fait l'objet propre de ce paragraphe, la possibilité d'une origine appendiculaire aux lésions inflammatoires qui déterminent la ptose des viscères :

« Il est des cas parfaitement caractérisés d'entéroptose... où l'on remarque qu'il y a dans les antécédents de ces sujets, soit une dyspepsie d'ancienne date, soit une affection aiguë (pérityphlite, péritonite locale...) » et plus loin :

« On conçoit encore que l'entéroptose puisse coïncider, soit par le fait de son étiologie, soit par l'addition de processus concomitants avec des lésions impossibles à guérir médicalement. »

De tous ces faits, il résulte que des dyspepsies appendiculaires peuvent être mécaniques. Toutefois ceci est, à notre avis, loin d'être la cause la plus fréquente et la plus importante. Les cas en sont plutôt rares. Il s'agit alors de poussées d'épiploïte au cours

d'appendicites aiguës ou chroniques, épiploïtes qui ont guéri, ne laissant après elles que des brides fibreuses, tendues et rétractées. Or les observations d'épiploïtes ne sont pas très fréquentes et toutes n'occasionnent pas le tableau symptomatique de l'appendicite dyspeptique.

3° Comme l'a proclamé Dieulafoy, au cours d'une communication à l'Académie de Médecine sur la toxicité de l'appendicite, cette affection n'est pas seulement un foyer d'infection, c'est aussi un foyer d'intoxication.

« Ne voir dans l'appendicite, dit-il autre part, qu'une menace péritonéale, c'est ne connaître qu'un des côtés de la question. Ce qui est à redouter dans l'appendicite, ce n'est pas seulement la péritonite : *c'est encore l'infection et l'intoxication de l'économie*, dues au foyer appendiculaire. Le danger n'est pas seulement à l'appendice, il est partout. »

L'appendicite est donc toxique et peut amener à distance des phénomènes d'infection et d'intoxication. Comme preuves, nous n'en voulons citer que les observations nombreuses d'hépatites, de gastrites toxiques appendiculaires. Tout récemment encore, Dieulafoy vient d'en apporter un nouvel exemple avec les néphrites toxiques appendiculaires.

Mais cette toxicité ne revêt pas toujours une allure identique. A côté de cas graves et inquiétants, elle peut donner lieu à des ensembles symptomatiques moins tragiques quoique de même origine ; elle peut aussi se révéler même en dehors des crises, constituant alors, dans les cas qui nous occupent, un état dyspeptique

permanent appendiculaire. Il y a, semble-t-il alors, dans tous ces faits, comme une sorte d'atténuation de la virulence, qui permet une action plus lente, d'où une marche plus insidieuse de l'affection. L'appendice n'est, en somme, qu'un ganglion lymphatique. Qu'une inflammation se produise, et il n'est plus capable de servir de barrière. L'infection peut alors se propager à distance par voie lymphatique ou circulatoire, en même temps qu'elle peut envahir directement l'intestin.

Pourquoi cette infection, cette intoxication se traduit-elle surtout par des phénomènes digestifs, dans nos observations ?

Il est difficile de le dire. Peut-être les microbes ordinaires rencontrés dans ces cas sont-ils susceptibles de produire des toxines plus aptes que d'autres à impressionner les centres moteurs et sécrétoires du tube digestif. Certains faits sembleraient parler en faveur de cette hypothèse ; en particulier, une observation de Longuet où « l'affection se comporta comme si une neurotoxine bactérienne sécrétée au niveau de l'appendice et résorbée par voie sanguine ou lymphatique exerçait son action dépressive sur le centre salivaire à la façon de certains poisons tels que l'atropine et la morphine ». Ainsi peut aussi s'interpréter une observation de Walther où l'on voit l'infection ganglionnaire par le streptocoque et le coli-bacille succéder à une folliculite chronique dont l'évolution régulière n'a jamais été coupée par aucune crise aiguë. On saisit ainsi la facilité de propagation de l'infection appendiculaire même dans les cas chroniques d'emblée et on comprend qu'une infection, ainsi capable de se

propager, puisse faire retentir son action au loin, produisant une série de troubles gastro-intestinaux.

Peut-être la propagation de l'infection se fait-elle par voisinage ou encore la localisation est-elle amenée par un état digestif déjà existant, servant de point d'appel, de lieu de moindre résistance. Certaines observations sembleraient s'expliquer ainsi, en particulier les cas où les phénomènes digestifs ne font que s'amender après l'opération, sans disparaître complètement (voir obs. XV, XXI).

Peut-être enfin, cette localisation tient-elle à ce que l'infection ou l'intoxication par les microbes ou toxines sécrétées, situées dans l'appendice, au lieu d'agir à distance, se contentent d'irriter la muqueuse ou la séreuse appendiculaire, amenant alors par réflexe une atonie de tout le tube digestif, mais alors nous tombons dans une autre explication pathogénique : la théorie réflexe.

4° Sans pouvoir faire la part qui revient à cette interprétation, il semble qu'elle est susceptible de rallier le plus grand nombre des faits. Comment expliquer autrement la disparition rapide, brusque même des phénomènes digestifs, après l'intervention opératoire.

Ce réflexe si souvent en cause peut être de nature variable.

Dans certains cas l'appendice joue le simple rôle de corps étranger. Un fait de Walther semble rentrer dans cette catégorie. Il s'agissait d'une observation où l'appendice était transformé en un kyste à liquide clair. Ici la simple pesanteur, les tiraillements paraissent avoir été le point de départ du réflexe.

Plus souvent son origine est tout autre. C'est le péritoine, la muqueuse lésée qu'il faut incriminer. L'infection, portant sur ces différents points, aboutit à une irritation nerveuse, qui se traduit par une excitation réflexe, amenant une paralysie, une parésie de la tunique musculaire. Ce n'est en somme qu'une sorte d'extension de la loi de Stokes : tout muscle sous-jacent à une séreuse ou muqueuse enflammée se paralyse. Seulement cette action étant pour nous une action réflexe, à l'encontre de l'opinion de Stokes, nous comprenons qu'elle puisse aboutir, par l'intermédiaire des nerfs sensitifs de la région, au centre des mouvements du tube digestif pour produire une atonie de tout l'appareil.

C'est en effet ce que l'on constate au cours de l'évolution clinique. Tout l'ensemble symptomatique révèle une atonie générale du tube digestif. Bouche, estomac, intestin, tout réagit suivant ce mode. Longuet cite bien, il est vrai, un cas d'après Walther, où les phénomènes d'hypertonie existent seuls, mais ce fait est exceptionnel et trouverait son explication dans une autre théorie : il s'agirait plutôt alors d'une excitation du pneumogastrique.

Cette atonie réflexe expliquerait la fréquence pour ne pas dire la présence constante de la constipation habituelle comme premier et parfois unique symptôme. Elle nous donnerait aussi le pourquoi des troubles gastriques qui tiennent surtout de la dilatation.

Ceci n'est du reste pas un fait exceptionnel, nous savons déjà qu'à la suite de péritonites plus ou moins locales il se produit souvent des troubles de parésie

vésicale ou autres qui ne sont aussi qu'une vérification de cette pathogénie.

Il nous reste à expliquer par quel processus se produit cette réaction atonique, à la suite d'une simple irritation ou d'une infection de la muqueuse ou séreuse appendiculaire. C'est ici que la physiologie pathologique doit intervenir.

Pour mieux poser le problème, quelques éléments de physiologie normale sont nécessaires.

L'arc nerveux réflexe est représenté ainsi qu'il suit : une impression spéciale est perçue par la muqueuse appendiculaire ou le péritoine. De ce point de départ, l'impression est transmise par la voie centripète du pneumogastrique ou du grand sympathique jusqu'au plexus coeliaque puis aux centres nerveux. Ceux-ci, centres d'élaboration et de réception, siègent soit au plancher du 4^e ventricule pour le pneumogastrique, soit à la moelle pour le grand sympathique. De là l'impression élaborée est réfléchie par les mêmes pneumogastrique et grand sympathique, actionnés comme voie centrifuge et mènent l'impression dans les plexus nerveux de l'estomac et de l'intestin où, après emmagasinement, l'action centrifuge est distribuée soit à la couche musculaire, soit aux glandes du tube digestif.

Que le rythme de ce réflexe soit troublé par une lésion septique ou non de l'appendice, et la dyspepsie peut en être la conséquence.

Ainsi au niveau des centres ce peut être une intoxication par toxines microbiennes d'origine appendiculaire.

Au point de départ, une impression anormalement douloureuse, une sensation de tiraillement, une irritation du péritoine ou de la muqueuse qui aboutira à une atonie de la musculature et des glandes.

Rien d'étonnant à cela. Les processus inflammatoires, les excitations périphériques venues de l'appendice peuvent amener une excitation des terminaisons du pneumogastrique ou du grand sympathique. Or, le pneumogastrique est le nerf excito-moteur et sécrétoire de l'estomac et de l'intestin (Pflüger, Morat); l'irritation provoquerait au début l'excitation des nerfs d'où les douleurs, puis l'épuisement; à ce moment se produiraient alors la dilatation et les troubles sécrétoires. Mais le réflexe peut agir aussi par l'intermédiaire du sympathique, or l'excitation des rameaux sympathiques arrête les mouvements de l'estomac et de l'intestin, amène des troubles péristaltiques, d'où la constipation et, d'une façon plus générale, une atonie de tout le tube gastro-intestinal.

5° Il resterait à signaler les cas où certains des phénomènes digestifs constatés sont dus à une *inhibition volontaire*, consécutive à la douleur.

Chez quelques-uns de nos malades, il est facile de montrer que la perte d'appétit n'est qu'apparente. Le défaut d'alimentation ne résulte pas d'un dégoût plus ou moins prononcé, mais est sous la dépendance immédiate de la volonté. Dès qu'ils ingèrent quelques aliments ils souffrent, aussi réduisent-ils volontairement leur nourriture, préférant un jeûne plus ou moins prolongé, à la douleur. De là le point de départ d'une série de troubles digestifs (obs. III, XVI).

L'observation II nous montré encore sous une autre forme cette influence. Il s'agissait d'un malade qui présentait des phénomènes douloureux très accentués dès qu'il allait à la selle, d'où, chez lui, l'habitude de se constiper volontairement, cette constipation ayant amené par la suite un état dyspeptique accentué. Ces douleurs dans ce cas paraissent être sous la dépendance de la contraction de l'appendice sur un calcul stercoral, situé à son intérieur.

Ces faits ont leur importance mais on ne peut, de ces quelques exemples, en déduire encore la fréquence comme explication pathogénique des troubles digestifs appendiculaires.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Telle que nous la comprenons, l'appendicite dyspeptique peut évoluer sous plusieurs types ; mais quelle que soit la forme considérée, les troubles digestifs restent les mêmes et la différence ne siège que dans la présence ou l'absence de crises appendiculaires au début ou au cours de la maladie.

Longuet essaie d'isoler plusieurs types cliniques d'après les groupements des symptômes gastro-intestinaux. Il reconnaît et décrit une forme gastrique, une forme intestinale, une forme buccale et une mixte. Nous ne croyons pas devoir aller si loin dans la différenciation des phénomènes observés. Les faits s'enchaînent trop mutuellement pour pouvoir les séparer et toute dissociation ne peut manquer d'être factice.

Toujours, il s'agit d'une forme mixte, aussi nous réserverons à l'évolution l'établissement de nos variétés cliniques. C'est grâce au groupement des crises appendiculaires, à leur mode d'apparition, à leur allure que nous pourrons classer les observations parues jusqu'ici.

Les phénomènes digestifs observés peuvent intéresser tout le tube gastro-intestinal, chaque partie de ce der-

nier réagissant à sa manière à l'épine irritative d'origine appendiculaire. Pour faciliter leur étude, nous envisagerons successivement les troubles buccaux, gastriques et intestinaux.

La bouche, par l'organe qu'elle renferme, n'est pas sans fournir de précieux renseignements. La langue des appendiculaires est, en effet, assez importante à connaître, sans être toutefois caractéristique. Elle est très sale, chargée; un épais enduit grisâtre la recouvre, sauf à la pointe et sur les bords. Elle est, en même temps, très sèche, et ceci joint au manque de salive, contribue à exagérer la soif déjà vive de ces malades. *Cet état saburral* de la langue et des premières voies digestives est signalé dans plusieurs observations (obs. IV, XV, XX) et présente une certaine constance. Les troubles de l'entrée des voies digestives ne s'arrêtent pas toujours là. Longuet signale un cas où le pharynx était en outre rouge, les amygdales tuméfiées, la soif vive, donnant à l'affection une physionomie tout à fait spéciale.

L'estomac réagit aussi en face de la lésion appendiculaire : c'est pour lui que les malades viennent souvent vous consulter. Peu à peu, ils voient leur appétit diminuer; c'est pour eux d'un fâcheux augure, car il en résulte un retentissement rapide sur leur état général. Cette *anorexie* générale pour tous les aliments se caractérise, en outre, par une exagération du dégoût pour certains. Cette intolérance élective a été signalée par Walther, elle porte surtout sur les sauces, les viandes rouges, le vin rouge. Nous avons pu nous-même, dans une de nos observations, constater le fait

d'une façon très précise et caractéristique (obs. XVII). A la fin, les patients ne supportent plus que les œufs et le lait. Que s'ils s'obstinent à prendre les mets que l'expérience leur a appris être défavorables, ils les évacuent en une véritable débâcle lientérique, après des souffrances en tout semblables à des indigestions. Mais la diarrhée est rare parce que l'intéressé, de sa propre autorité ou sur conseil de son médecin, s'abstient de ces aliments que son estomac ne peut supporter. C'est même assez souvent ce genre d'anorexie que présentent les malades, ils ne mangent plus, non parce qu'ils n'ont plus d'appétit, mais parce qu'ils savent que l'ingestion de substances nutritives leur amènera de véritables crises. Dans une de nos formes aiguës, nous avons vu le sujet présenter après les repas des douleurs subites abdominales qui lui arrachaient des cris (obs. XV). Effrayés de ces faits, ils suppriment d'eux-mêmes toute alimentation. Si ces phénomènes douloureux ne sont pas toujours si accentués, ce n'en est pas moins pour tous nos dyspeptiques une inquiétude que l'approche des heures de digestion. A ce moment, ils accusent toujours des *barres épigastriques*, du « serrement au creux de l'estomac », qui les essoufflent, les fatiguent et leur occasionnent parfois de la dyspnée.

Anorexie et douleur épigastrique : voilà les deux premiers symptômes accusés du côté de l'estomac. Il faut encore signaler un ralentissement marqué de la *digestion*. Après les repas, il y a de la lourdeur, de la fatigue. Une inaptitude absolue au travail gagne le malade qui ressent bientôt un besoin invincible de sommeil. Il a de la flatulence, du ballonnement d'estomac.

Quoi d'étonnant à ce que ces sujets soient soignés pendant des années pour des troubles d'estomac : dilatation ou autres...

Les *vomissements* sont rares, c'est qu'en effet l'atonie domine dans toute la symptomatologie. Il y a, toutefois, quelques cas où ils sont signalés. Rastouil cite un cas où le malade « vomissait pour un rien » (obs. X). Peut-être alors s'agissait-il, comme le pense Longuet, d'hypertonie avec hyperpepsie ; on ne peut cependant l'affirmer et, en tout cas, la chose est exceptionnelle.

Plus fréquents sont les *renvois*, les *nausées* qui inquiètent les intéressés. Dans presque toutes les observations elles sont indiquées, et les malades insistent tout spécialement à ce sujet (obs. XVIII). Ils accusent aussi, comme les ayant frappés, l'apparition d'*éructations* sonores et fréquentes qu'ils ont même tendance à faciliter par une *aerophagie* préalable, d'autant que ces phénomènes se produisent chez des nerveux (obs. XIV, IV).

Le palper et la percussion ne nous apprennent pas grand'chose. Ils ne font que confirmer *la dilatation et l'atonie de l'estomac*. La palpation n'est pas douloureuse et les rares cas où la région épigastrique est sensible ne font qu'égarer le diagnostic.

Le chimisme stomacal ne fournit aucun renseignement (Ewald).

A côté de ces symptômes gastriques et les précédant souvent, se placent les troubles intestinaux.

En première ligne, il faut placer *la constipation*. Il n'y a là rien de bien nouveau, semble-t-il ; c'est en effet un des signes les plus constants et connus des ap-

pendicites communes. Ce n'est point de cette constipation qu'il s'agit ici. Ce symptôme acquiert dans les formes dyspeptiques de l'appendicite une valeur spéciale par sa précocité, sa persistance et sa ténacité. Ce n'est point depuis quelques jours seulement que nos malades l'accusent. Son apparition remonte à des mois, à des années. C'est même là souvent depuis longtemps leur seule et unique maladie. Souffrants de cet état qui retentit fâcheusement sur leur tube digestif et leur système nerveux, ils consultent sans cesse à ce sujet leurs médecins qui, fascinés par leurs dires, ne recherchent point ailleurs et se contentent de traiter le symptôme bien inutilement du reste.

Rarement on note des alternatives de constipation et de diarrhée.

Quant aux phénomènes douloureux, ils sont parfois très prononcés. Ce sont le plus souvent des *coliques* généralisées, *sans location précise à droite*, survenant après les repas et pouvant aller jusqu'à arracher des cris aux malades. Il existe aussi, dans quelques observations, des coliques du gros intestin comme dans la colite muco-membraneuse : ce qui n'est pas fait pour faciliter le diagnostic, d'autant que cette dernière affection vient quelquefois compliquer l'appendicite dyspeptique.

La palpation et la percussion rendent manifeste la *distension de tout le côlon et du cæcum*. En somme, comme pour l'estomac, c'est ici encore l'atonie, la parésie de l'intestin qui domine.

Tous ces phénomènes digestifs retentissent fâcheusement sur *l'état général* et le *nervosisme* de ces malades.

Insuffisamment alimentés, ils maigrissent et cela avec une rapidité extrême. Ewald rapporte un cas où en deux ans une malade avait perdu la moitié de son poids; nous-même avons pu constater des pertes de 10 kilogrammes en trois mois (obs. XIV). On pourrait multiplier ces exemples, d'autant mieux que tous signalent cette diminution rapide de poids.

En même temps l'état général baisse. Une pareille dénutrition ne va pas sans provoquer une extrême faiblesse, une fatigue constante. Tout effort est rendu impossible et le séjour au lit est à la fin presque nécessaire. Leur facies reflète manifestement leur situation. Leurs yeux s'excavent et se cernent; leur teint pâlit ou jaunit, devient terreux, lorsqu'il n'est pas franchement subictérique. On se croit en présence de véritables cancéreux et rien d'étonnant à ce qu'une erreur de diagnostic soit possible. Longuet a caractérisé cet état du mot de « cachexie appendiculaire ». Quoiqu'un peu prétentieux, ce terme n'est parfois pas trop fort pour certains types cliniques rencontrés. Le tableau n'est pas toujours aussi sombre et il y a de nombreuses nuances qui varient suivant les cas.

Les phénomènes nerveux manquent rarement à cet ensemble symptomatique. Déjà irritables, les malades voient leur excitabilité s'exagérer encore. Ils s'inquiètent, deviennent des nerveux hypocondriaques; ils tournent en un mot vers l'hypocondrie et l'hystérie. Parfois cet état donne lieu à de la stupeur, fait qui caractérise la neurasthénie chez les gens de la campagne (obs. I). Quelques sujets accusent en outre, comme les ayant frappés, de l'impuissance génitale qui les

inquiète et qui contribue à exagérer encore leur névropathie du reste ici en cause (obs. XIV).

En face de ces symptômes généraux et digestifs, que deviennent *les troubles appendiculaires* ?

A ce point de vue, il faut étudier les malades pendant ou entre les crises.

Dans la forme pure, *pas d'attaques appendiculaires*, ou plutôt si l'on recherche bien dans les antécédents, ou si l'on suit pendant un certain laps de temps l'évolution de la maladie, on trouve de petites poussées légères avec un peu d'élévation thermique et quelques douleurs abdominales prédominant un peu à droite. Il y a loin avec les symptômes si alarmants et brusques des crises appendiculaires normales : ce ne sont que des attaques frustes. Parfois même pour rendre le diagnostic encore plus difficile, la lésion ne se révèle que par une forme larvée. C'est un point douloureux au niveau du foie, une petite indigestion passée inaperçue au milieu du cortège des troubles digestifs.

En dehors de ces faits, rien de saillant. Pas de douleur spontanée au point de Mac Burney, mais à un examen attentif, un *petit cordon induré* représentant l'appendice et un palper douloureux à ce niveau, une *sensibilité spéciale* de la région, qui suffit amplement. Il est rare que la palpation nous révèle autre chose et on cite les cas où l'examen objectif a pu déceler une tumeur iliaque droite, signe révélateur d'une périappendicite plastique. C'est là, on le voit, dans ces cas, à peu près le tableau symptomatique d'une appendicite chronique avec phénomènes dyspeptiques.

Dans les formes mixtes, il se produit souvent des *atteintes appendiculaires* au cours de la maladie. Le diagnostic de ces crises est facile, les symptômes qui les composent ne s'écartant en rien des données classiques.

Mais, même en dehors d'elles, pendant les périodes souvent prolongées où l'état dyspeptique persiste seul, la lésion causale se révèle par un ensemble de signes qui, pour être moins apparents, permettent pourtant de la reconnaître. C'est encore l'ébranlement douloureux au point de Mac Burney qui constitue l'élément primordial, car spontanément le malade ne signale rien de particulier de ce côté. Tout au plus accuse-t-il parfois une douleur vague du côté du cæcum, qu'il faut rechercher avec soin.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION. — DURÉE. — PRONOSTIC. — COMPLICATIONS.

L'appendicite dyspeptique revêt, au point de vue de sa marche, des allures assez différentes, mais jusqu'ici on n'avait pas encore cherché à classer les faits observés. La diversité d'évolution permet cependant de différencier diverses variétés. Sous l'inspiration de M. Villard, parmi les observations recueillies dans son service ou dans celui de M. Témoin, ainsi que parmi celles déjà publiées, nous avons pu dégager les formes caractéristiques.

Les appendicites dyspeptiques sont susceptibles, au point de vue évolutif, d'être classées en deux groupes :

Les formes pures ou latentes.

Les formes mixtes.

Ces dernières elles-mêmes peuvent se subdiviser en plusieurs variétés, selon l'époque d'apparition des crises appendiculaires. On distingue ainsi :

Une forme prodromique ;

Une forme résiduale ;

Une forme alternante.

Avant de les décrire plus en détail, il faut bien établir que ces différents types, tout en conservant leur caractéristique, sont capables d'évoluer d'une façon plus ou moins aiguë ou chronique ; appendicite dyspeptique n'étant point, comme on tendait à l'admettre, synonyme d'appendicite chronique.

A. — APPENDICITE DYSPÉPTIQUE PURE

L'appendicite dyspeptique pure a été la mieux étudiée jusqu'à présent. Sa description ressort très nettement des travaux de Jalaguier, Walther et ses élèves, Ewald et Longuet.

C'est insidieusement qu'elle fait son entrée en scène. Depuis des mois, des années, le malade se plaint de constipation, constipation opiniâtre qui est d'abord le premier et unique symptôme. Puis peu à peu un état nauséeux s'installe, l'anorexie apparaît et progressivement s'établissent et s'accroissent les troubles digestifs déjà étudiés.

Qu'un pareil malade vienne alors vous consulter. Le tube gastro-intestinal attire seul l'attention. Considérés comme des dyspeptiques chroniques, tous les traitements leur sont tour à tour prescrits, bien inutilement du reste.

Faut-il admettre que toute manifestation du côté de l'appendice manque totalement ? Il est difficile de se prononcer. Souvent on retrouve dans l'histoire de ces malades des épisodes que l'on peut rapporter à des crises larvées d'appendicite. Localement aussi il existe toujours quelques signes physiques ou fonctionnels

qu'il est possible d'interpréter par une lésion de l'appendice.

Pratiquement toutefois, les choses évoluent d'une façon latente et la forme pure doit être tenue comme assez fréquente. Longuet la signale 22 fois sur 30, dans son relevé.

La maladie, ainsi constituée, suit ainsi son cours, sans être interrompue par une crise appendiculaire. De là, à conclure qu'aucune attaque n'interviendra, serait aller trop loin ; des faits bien observés existent cependant, qui sembleraient prouver que l'affection peut ainsi persister des années.

Le stade de « cachexie appendiculaire » arrive ainsi peu à peu. Les malades amaigris, névropathes, sont incapables du moindre effort, de la moindre fatigue. Ils en sont réduits à séjourner au lit. Leur facies leur donne l'aspect de véritables cancéreux. Rien d'étonnant alors à ce que les diagnostics les plus sombres puissent être portés. L'affection ne revêt pas toujours une marche aussi redoutable, mais elle n'en aboutit pas moins, même dans ces cas, à un état de déchéance accentué.

OBSERVATION I (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard).

C., vingt-trois ans. Une pleurésie en mai 1902. Névropathe.

Début en novembre 1902 par des douleurs abdominales surtout au creux épigastrique, sans réaction péritonéale. Depuis, ces douleurs d'ailleurs assez vagues persistent. Elle accuse, en outre, des troubles digestifs : c'est d'abord une constipation

opiniâtre sans alternatives de diarrhée. Perte de l'appétit. Digestions lentes et pénibles. Ballonnement du ventre, gaz, nausées après les repas. Langue étalée, saburrale.

Les signes physiques sont presque négatifs. Un peu de météorisme du ventre, mais la paroi est souple partout. Le palper n'est pas douloureux, pourtant dans la fosse iliaque droite, on note un état de distension du cæcum avec gargouillements et une sensibilité spéciale. On perçoit, en outre, dans la région un petit cordon dur, roulant sous le doigt.

L'état général est médiocre. Degré assez avancé de névropathie se révélant surtout par de la stupeur, caractéristique de la neurasthénie chez les gens de la campagne. Rien du côté du système génital et des autres appareils. La température prise régulièrement reste autour de 37°8, en plateau. Cette élévation thermique ne peut être rapportée à la tuberculose, l'examen du poumon est négatif, en outre la température serait oscillatoire. M. Villard, après avoir passé en revue tous les appareils, porte le diagnostic d'appendicite dyspeptique pure et décide une intervention.

Appendicectomie (12 février 1903). — Appendice trouvé facilement. Péritoine environnant légèrement congestionné.

A la coupe, il est oblitéré à son extrémité et un peu épaissi. L'examen microscopique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique montre que, dans les parties oblitérées, il existe à la place de la cavité un bouchon de tissu conjonctif dense avec quelques ilots adipeux et quelques traînées de cellules rondes. Les lésions de la séreuse sont à peine marquées.

Suites. — La cicatrisation s'est opérée normalement. L'appétit est revenu, les troubles digestifs et la constipation ont disparu. La malade sort guérie un mois après son opération; revue depuis, elle confirme ces résultats, mais présente toujours un certain degré de névropathie.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance du D^r Témoin (de Bourges).

M^{lle} M..., quarante-six ans.

Toujours un peu souffrante, mais depuis six ou sept ans troubles constants de digestion : digestions lentes et pénibles, nau-sées, ballonnement du ventre après les repas, barres au creux de l'estomac, douleurs abdominales. Constipation opiniâtre et habi-tuelle. Soignée, il y a déjà longtemps, pour tous ces phénomènes dyspeptiques, elle a en vain séjourné dans diverses stations thermales. Saison à Plombières, saison à Châtel-Guyon, saison à Vichy, tout a été inutile.

La malade est suivie par Témoin pendant seize à dix-huit mois. Elle se plaint de souffrir lorsqu'elle a été à la selle, ou lorsque le besoin d'y aller se fait sentir. Aussi se laisse-t-elle constiper. Lorsqu'elle reste trois ou quatre jours sans aller, elle souffre moins, mais dès qu'elle a été, elle souffre pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, de douleurs vagues de tout le ventre, peut-être plus accentuées à droite.

Langue sale. Troubles dyspeptiques. Amaigrissement, Perte de l'appétit. Facies pâle.

Rien au toucher. Rien à la palpation, mais après de nombreux examens, il semble que le palper détermine une douleur assez marquée à droite.

Ne pouvant obtenir de résultats par diverses médications, je lui propose de voir si l'appendice n'est pas en cause. Elle accepte.

Opération pratiquée par Témoin en juillet 1900. Laparotomie latérale. Volumineux appendice libre de toute adhérence. Au milieu, volumineux calcul libre dans sa loge, mobile, absolument enfermé. Rien aux annexes. Appendicectomie.

Suites opératoires des plus favorables. Guérison en six jours. Depuis cette époque, état très satisfaisant. Va à la selle, mange, marche, circule et ne souffre plus.

La constipation paraît avoir été, dans ce cas, sous la dépen-

dance de la douleur qui s'expliquerait ici par des contractions de l'appendice sur le calcul, au moment des envies d'aller.

Tous les troubles dyspeptiques n'étaient que la manifestation de la lésion appendiculaire, car ils disparurent avec elle.

OBSERVATION III (inédite).

(Due à l'obligeance du Dr Témoin (de Bourges).

M. V..., vingt-neuf ans, instituteur.

Rien dans les antécédents, n'a jamais été sérieusement malade.

Depuis deux ans, troubles dyspeptiques : digestions lentes et pénibles, ballonnement du ventre après les repas, nausées. Le malade présente une constipation opiniâtre et des douleurs après les repas, douleurs ayant une certaine tendance à s'accroître à droite.

Cet homme paraît assez robuste, mais il est pâle. Sa langue est sale. Il ne mange presque rien, non pas qu'il n'ait point d'appétit, mais parce qu'il a peur de manger. Il est devenu hypocondriaque et s'impose les régimes les plus extraordinaires.

La palpation révèle une légère douleur à droite, d'ailleurs le malade accuse des malaises fréquents avec sensation pénible de ce côté.

Témoin lui propose l'intervention qui est pratiquée en février 1903.

Appendice replié en crosse derrière le cæcum. Adhérences profondes. Il présente une dilatation médiane avec calcul stercoral. Appendicectomie.

Suites opératoires excellentes. Guérison en huit jours. Depuis lors le malade se porte à merveille. Tous ses troubles dyspeptiques ont complètement disparu ; l'alimentation est normale et régulière et tous les symptômes de névropathie qu'il présentait, ont totalement cessé.

OBSERVATION IV (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Chanel (de Tarare).

Louise L..., vingt-sept ans. Père et mère vivants et bien portants; elle-même a joui d'une bonne santé jusqu'en mai 1902.

A cette époque, elle a commencé à avoir des troubles digestifs : perte d'appétit, langue sale, vomissements glaireux et alimentaires fréquents, constipation opiniâtre, douleurs abdominales très vives plus accentuées à droite, mais jamais de tumeur ni d'empâtement, enfin de l'amaigrissement considérable. En même temps manifestation de phénomènes nerveux divers : *aérophagie*, sensation d'étranglement, hallucinations de la vue, insomnie, état mélancolique tel, que, malgré l'*absence complète* des signes rationnels de l'appendicite, j'insiste pour l'amener auprès du Dr Villard et la faire opérer.

Opération le 8 décembre 1901. Appendicectomie.

De retour dans sa famille, les phénomènes nerveux, quoique amendés, ont persisté plusieurs mois encore, mais les troubles gastriques et intestinaux ont *complètement* disparu. Jamais elle ne s'est plainte de la douleur abdominale qu'elle accusait auparavant, la constipation a cessé, l'embonpoint est revenu et actuellement (novembre 1903), en dehors d'une tendance au nervosisme, elle va aussi bien que possible.

OBSERVATION V

(Michel et Bichat, *Revue méd. de l'Est*, 1903.)

Marie D..., vingt-deux ans. Début il y a deux ans par de petites crises de coliques se reproduisant tous les huit ou neuf jours. Les fonctions digestives jusque-là excellentes, commençaient en même temps à laisser à désirer : la patiente perdait l'appétit, se plaignait d'éructations et de bouffées de chaleur survenant à la

suite des repas, les selles très régulières auparavant devenaient difficiles et rares. Elle présente, en outre, des alternatives de constipation et de selles glaireuses. Le diagnostic d'entérite muco-membraneuse est porté. Saison à Plombières sans grands résultats, il y a un an.

Actuellement, état général relativement ass bon. Pas de fièvre. Toujours sensation pénible de pesanteur à l'épigastre, à la suite des repas ; digestions un peu lentes et difficiles. Constipation un peu moins opiniâtre, encore des glaires de temps en temps dans les selles. Douleur constante dans la fosse iliaque et l'hypocondre droit. Les signes physiques se résument en une douleur par la palpation dans le côté droit. Rien aux autres appareils. On diagnostique appendicite dyspeptique pure.

Appendicectomie. — Appendice presque normal à l'aspect. Microscopiquement lésions avancées de folliculite et de sclérose sous-muqueuse.

Suites. — La malade guérit rapidement de l'intervention et en même temps disparurent tous les troubles antérieurs. Selles régulières et normales, digestions convenables, en un mot la guérison peut être considérée comme parfaite.

OBSERVATION VI

(Walther, *in* Congrès de chirurgie, 1898.)

Homme, trente-sept ans. Vu à plusieurs reprises par Letulle qui constate une dilatation d'estomac, des troubles dyspeptiques très accusés et de plus des phénomènes douloureux mal déterminés revenant par véritables crises, surtout après les repas, mais sans localisation nette.

Entre dans le service de Walther en 1898, souffre depuis 1896. Homme maigre, affaibli. Teint légèrement jaunâtre. Douleur sourde à la pression depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque, s'irradiant en arrière dans la fosse lombaire. Diagnostic en suspens.

Diète lactée. Repos absolu. Au bout de quelques jours, possibilité de localiser la douleur un peu plus haut que le point de Mac Burney. On sent, en outre, une masse assez régulière au niveau du cæcum. L'appendice est mis en cause et on lui attribue les troubles digestifs constatés.

Opération. — Adhérences évidemment très anciennes, fibreuses, attachant toute la partie inférieure droite de l'épiploon au cæcum et au côlon ascendant sur une hauteur de 6 centimètres. L'épiploon était tendu et rétracté et la traction qu'il exerçait sur l'estomac était assez forte pour qu'en relevant un peu le bord interne de l'incision, l'estomac apparût tirailé et déformé. Appendicé, examiné par Letulle, présentant des lésions d'appendicite ancienne avec folliculite subaiguë, récente.

Suites. — Revu trois jours en trois mois. A recouvré appétit et poids. Mange toute espèce d'aliments. Digestions normales alors qu'à son entrée toute substance autre que le lait, les bouillons et les œufs lui donnait une douleur stomacale immédiate.

OBSERVATION VII

(Walther, *Soc. de chirurgie*, 7 février 1900.)

X..., homme d'une quarantaine d'années. Chez ce malade les troubles digestifs étaient arrivés à un tel degré qu'il ne pouvait plus s'alimenter et qu'on avait un instant songé, à cause de l'intolérance gastrique et de l'amaigrissement, à un néoplasme de l'estomac.

Appendicectomy (1899). — L'appendice examiné montre que les deux tiers inférieurs étaient oblitérés, le tiers supérieur était en pleine folliculite et en large communication avec le cæcum.

Résultats. — L'appétit est revenu; le malade n'a plus de troubles dyspeptiques et a repris ses forces et son embonpoint.

OBSERVATION VIII

(Peraire et Bender, *Soc. anat. de Paris*, mars 1903.)

Garçon de quinze ans. Depuis six ans il présentait des troubles gastro-intestinaux, sans crise appendiculaire franche. Il y avait des douleurs abdominales vagues, mauvais état général et amaigrissement progressif. A quelques reprises, de petites poussées de colite muco-membraneuse. L'amaigrissement était tel qu'on pouvait sentir l'appendice dur et roulant sous le doigt.

Opération il y a deux mois. La guérison s'est effectuée en six jours. Depuis l'intervention, l'appétit est revenu, le malade n'a plus de troubles dyspeptiques et a repris son embonpoint et ses forces.

L'appendice contient des matières fécales agglomérées. Il est dépourvu de muqueuse à son extrémité dans une étendue de 15 à 16 millimètres. Un rétrécissement existe près du cæcum. Sur plusieurs points la muqueuse est boursouflée et tomenteuse. Pas de ganglions dans le méso-appendice.

Examen histologique par Bender. — A la coupe, l'appendice ne paraît pas très épaissi. Les lésions sont, d'ailleurs, peu accentuées, l'épithélium se colore bien ; il est à peu près intact. On note simplement une infiltration inflammatoire assez considérable du chorion muqueux.

OBSERVATION IX

(Walther, *Soc. de chir.*, 1900.)

Femme, trente-neuf ans, très nerveuse, souffre depuis l'âge de vingt-quatre ans de troubles digestifs, douleurs épigastriques, sensations de brûlures, perte d'appétit... Soignée pour une dilatation d'estomac, les accidents ne disparaissent pas complètement, malgré un régime alimentaire approprié. Ces phénomènes digestifs s'accroissent, à la suite de contrariétés, et s'accroissent.

pagnèrent de douleurs au moment de la digestion, douleurs épigastriques, douleurs abdominales tantôt diffuses, tantôt prédominantes à droite.

Examinée par Walther : teint terreux très accentué. Intolérance pour certains aliments, viandes rouges surtout. Maximum de douleur à la pression dans la région cæcale avec retentissement acreux épigastrique. Observée pendant un mois. Tous ces troubles mis sur le compte d'état nerveux grave sont alors rapportés à une appendicite dyspeptique.

Appendicectomy en 1899. — Appendice long, coudé. Un ganglion dans le méso, tout contre l'appendice. A la coupe, piqueté hémorragique de la partie moyenne et une folliculite en pleine évolution sans aucune ulcération de la muqueuse.

Contenu de l'appendice examiné par Vidal = coli-bacille et streptocoque ; et une parcelle prise au centre du ganglion ramolli, cultivée sur gélose a donné du coli et sur bouillon du coli et du streptocoque.

Suites. — Bien que toujours très nerveuse, elle digère très bien, n'a plus de douleurs et a repris des forces. Revue depuis, a confirmé ces résultats.

OBSERVATION X

(Thèse de Rastouil, p. 62.)

M^{me} D... présente des phénomènes douloureux remontant à une dizaine d'années. Au début, ils duraient deux ou trois jours et ce tous les trois ou quatre mois : dans les dernières années, au contraire, elles étaient continuelles et sourdes.

Les douleurs ont toujours présenté les mêmes caractères ; quelques jours avant leur apparition, la malade avait du subictère qui ne se traduisait, d'ailleurs, qu'au niveau des sclérotiques ; puis la crise apparaissait à l'occasion d'une fatigue, d'un repas plus souvent. Les douleurs siégeaient dans le côté droit du ventre, mais elles étaient haut situées ; elles consistaient en sensations de tiraillements et entraînaient parfois des vomisse-

ments. Les irradiations se faisaient seulement du côté du rein droit.

Urines normales. Selles jamais décolorées.

Certains aliments, et tout particulièrement les viandes rouges, provoquaient, peu de temps après avoir été pris, de vives douleurs. La malade avait des nausées fréquentes et, dans les premières années du moins, « vomissait pour un rien ». Dans les six derniers mois avant l'opération, ces vomissements disparurent.

De plus, la malade présentait tous les signes cliniques de la colite muco-membraneuse.

La malade n'a jamais eu de fièvre.

Besnier porta le diagnostic de colique hépatique, Walther, Jalaguier, Brun, celui d'appendicite chronique.

Appendicectomy (4 juillet 1899).— Appendice long, bosselé, rétro-caecal, très ascendant. A la coupe, lésions très nettes de folliculite.

Suites. — Les résultats ont dépassé les espérances, car non seulement les phénomènes douloureux appendiculaires et les troubles digestifs ont disparu, mais encore, aussitôt après l'opération, à l'étonnement des maîtres qui l'avaient examinée, la malade ne présentait plus aucun signe de colite muco-membraneuse.

Résultats confirmés depuis.

OBSERVATION XI

(Ewald. Langenbeck's, *Archiv für klinische Chirurgie*, 1899, vol. LX, n° 1, p. 80.)

Femme de trente ans, amaigrie; douleurs vagues dans tout l'abdomen avec exacerbations atroces au moment de la digestion et de la défécation, mais sans localisation bien déterminée; anorexie, constipation opiniâtre, système nerveux profondément touché. Ewald examine sans résultat les principaux viscères.

Mais l'exploration de la fosse iliaque droite mit sur la voie du

diagnostic. Le cæcum est dilaté et le siège de gargouillements très nets. Tout à côté on sentait un noyau gros comme le pouce, dur et sensible à la pression. Ewald en conclut à une appendicite larvée. Sonnenburg confirme ce diagnostic et pratique l'opération.

L'appendice fut trouvé gros, épaissi et contenant un peu de liquide louche dans sa cavité. Deux petites ulcérations superficielles de la muqueuse.

Suites. — Depuis, cette dame jouit d'une parfaite santé.

OBSERVATION XII

(In thèse Rastouil, p. 73.)

J. S..., opéré en avril 1899.

Le malade a eu la colite muco-membraneuse très nette. Douleurs vagues, abdominales, avec léger point douloureux à droite à la palpation. Amaigrissement. Anorexie. Teint terreux. Faiblesse générale,

Appendicectomy. — Appendice long ; lésions très nettes de folliculite.

Suites. — Les forces du malade sont revenues. Tous ses troubles ont disparu, en particulier sa colite muco-membraneuse dès le dixième jour après l'opération.

OBSERVATION XIII

(In thèse Rastouil, p. 74.)

X..., opérée en mars 1900.

Troubles dyspeptiques depuis cinq ans. Walther pose diagnostic d'appendicite chronique.

L'appendice est trouvé oblitéré à son extrémité. Folliculite à la partie moyenne.

Depuis l'intervention la malade va très bien.

B. — APPENDICITE DYSPEPTIQUE PRODROMIQUE:

Le début ici ne diffère en rien de la forme précédente. Même entrée en scène, même tableau clinique. Mais un jour vient où les choses changent subitement, l'affection jusque-là plus ou moins traînante prend une allure aiguë. Une crise appendiculaire typique apparaît et impose le diagnostic si ce dernier n'était encore établi. Cette interruption de la chronicité de l'affection peut être assez tardive, et c'est parfois plus d'un an après le début des symptômes que la lésion causale se révèle et jette le masque qu'elle avait jusqu'ici emprunté. Devant l'imminence du danger, l'opération s'impose et, avec l'ablation de l'épine, disparaissent d'une façon rapide tous les phénomènes digestifs. Laisse-t-on refroidir la crise, on constate que tous les symptômes s'effacent, les troubles dyspeptiques seuls persistent et s'affirment même jusqu'au jour où le malade, devant cette progression fatale, vient demander conseil au chirurgien qui ira droit à la lésion causale pour en faire une ablation radicale.

On n'assiste pas toujours à une marche aussi lente. Certains malades donnent à l'affection une caractéristique beaucoup plus rapide et imposante. Chez l'un d'entre eux (obs. XVI) les phénomènes digestifs font presque un début solennel et persistent avec une intensité extrême, sans signes appendiculaires, pendant deux mois, puis brusquement l'affection se dessine et une crise se déclare.

De tout ceci, il résulte que l'état dyspeptique appen-

diculaire peut être le stade initial d'une appendicite aiguë.

OBSERVATION XIV (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.)

N..., trente-trois ans.

Bonne santé habituelle. Fièvres éruptives dans l'enfance. Aucune maladie sérieuse depuis l'âge de quatorze ans.

Depuis dix ans, il a pourtant vu s'établir quelques troubles digestifs caractérisés par une constipation de plus en plus opiniâtre. A certains moments surviennent des douleurs abdominales vagues, des coliques s'accompagnant de ballonnement du ventre et d'anorexie pendant quelques jours. Jusqu'au mois de juin 1902, il n'a pas remarqué qu'il souffrit plus du côté droit que du gauche. A cette époque, survient chez lui une crise aiguë caractérisée par un début subit, par des douleurs abdominales vives, par des nausées. Il reste deux jours au lit et une semaine à la chambre. Le médecin qui l'a examiné porte le diagnostic d'appendicite.

Depuis lors, les phénomènes digestifs se sont considérablement aggravés, la constipation est devenue absolue et résiste à presque tous les moyens. L'appétit a disparu, l'ingestion des aliments s'accompagne de pesanteur à l'épigastre, de ballonnement du ventre, de somnolence, d'aérophagie très accentuée. Quelques phénomènes de cystite sont survenus également sans qu'on puisse les rattacher à aucune cause précise.

Amaigrissement considérable, 10 kilogrammes en trois mois. Perte des forces. Impuissance génitale complète depuis deux mois, qui préoccupe beaucoup le malade.

L'examen du ventre révèle un point douloureux net dans la fosse iliaque droite, sans que l'on puisse reconnaître la moindre sensation d'empâtement.

Appendicectomie (30 septembre 1902). — L'appendice volu-

mineux, épaissi par des exsudats sous-péritonéaux, contient une ou deux gouttes de pus.

Réunion par première intention. Le malade se lève le onzième jour et rentre chez lui le quinzième.

27 octobre. — Etat général excellent. Le malade a déjà repris de 2 kilogrammes. Réapparition de l'appétit. Plus de phénomènes de cystite.

L'impuissance génitale a disparu. Ce qui frappe surtout le malade, c'est la disparition complète de la constipation, selles régulières tous les matins, phénomène ignoré depuis plus de dix ans.

Revu en novembre 1903, le malade présente toujours un état général excellent qui s'est maintenu depuis l'opération. Augmentation de poids de 10 kilogrammes. Appétit et digestions normales. Selles régulières.

OBSERVATION XV (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.)

M. G..., quarante ans.

Bonne santé habituelle, mais depuis vingt ans est atteint de constipation rebelle. Depuis dix ans, cette constipation s'accompagne de temps à autre de douleurs vagues du côté droit. Le malade accuse, en outre, des troubles digestifs caractérisés par de la lenteur dans les digestions, de la pesanteur après les repas et du balonnement abdominal. Etat saburral fréquent.

30 mai 1902. — Crise d'appendicite aiguë franche. Symptômes abdominaux graves. Vomissements porracés. Météorisme abdominal. Arrêt des matières et des gaz. Température élevée. Pouls, 120 à 130.

2 juin 1902. — Intervention. Ouverture d'une collection de la fosse iliaque droite. Résection de l'appendice. Drainage. Guérison en trois semaines.

Revu en janvier 1963. Etat général bon. Les troubles digestifs qui existaient autrefois ont disparu. La digestion et l'appétit sont normaux. Il persiste encore un léger degré de constipation, mais celle-ci s'est considérablement atténuée.

OBSERVATION XVI (personnelle).

(Recueillie dans le service du D^r Témoin, Hôtel-Dieu,
de Bourges.)

M.,. P..., dix-sept ans.

Rien dans les antécédents. Le malade a toujours joui d'une excellente santé. Un peu nerveux.

En avril dernier, subitement, après un repas, il ressentit des coliques violentes. Ces douleurs étaient généralisées, sans aucune localisation. Elles persistèrent depuis avec une violence très intense, arrachant même des cris au malade et ne se reproduisant toujours qu'à l'occasion de l'ingestion des aliments. Le malade, pour les éviter, s'abstint alors de toute nourriture ; il ne se permettait que du lait et encore était-ce en faible quantité. Il s'ensuivit un amaigrissement rapide. En même temps s'installait une constipation opiniâtre, au point que le malade, depuis cinq mois ne pouvait aller à la selle qu'avec un lavement.

Devant la persistance de ses douleurs et leur tendance à se localiser plutôt à droite, ce malade est envoyé par un médecin au D^r Témoin.

A l'examen, le malade est amaigri, son teint est pâle. Les signes physiques sont peu prononcés. On note pourtant un peu de douleur au point de Mac Burney. Pas d'empâtement. Le sujet accuse, en outre, une sensation de pesanteur spéciale dans la fosse iliaque droite.

Devant ces faits et leur durée, le diagnostic d'appendicite dys-peptique aiguë est porté et l'opération proposée et décidée.

L'opération est pratiquée par Témoin en septembre 1903. L'appendice est trouvé à sa place normale et réséqué.

Suites opératoires sans complications. Le malade sort de l'hôpital guéri. Je l'ai revu trois mois après, en novembre, la guérison s'est maintenue. Les coliques et serrements épigastriques ont disparu. La « peur de manger » a cessé et le malade s'est remis à manger, les aliments ne lui occasionnant plus aucune douleur. La constipation n'existe plus, le malade insiste même sur ce point. « Je me suis mis à aller à la selle comme il faut, dit-il, dès les jours qui ont suivi l'opération. »

Examen de la pièce. — L'appendice est un peu augmenté de volume, mais ne présente rien de spécial extérieurement.

Après section longitudinale, on est frappé de l'état aigu et



Appendice de l'Observation XVI, ouvert longitudinalement et montrant trois points sphacelés superficiels bien limités.

infectieux des lésions. On trouve trois foyers de matière rougeâtre, sphacélée, séparés par des parties saines. Ces lésions sont d'autant plus avancées qu'on approche de l'extrémité libre. Pas d'épaississement de la paroi. Pas d'oblitération ni de rétrécissements.

L'examen microscopique montre qu'il n'existe pas de sclérose de l'appendice. Les tuniques sont normales, sauf la muqueuse aux points déjà macroscopiquement constatés. En ces endroits, on tombe sur des lésions inflammatoires localisées, ne présentant encore aucune organisation.

C. — APPENDICITE DYSPEPTIQUE RÉSIDUALE,

La crise n'est pas toujours l'aboutissant terminal de l'affection. Elle en est parfois le signe le plus précoce.

A la suite d'une attaque appendiculaire, la guérison ne survient pas, ou plutôt les phénomènes locaux disparaissent laissant à leur place un état dyspeptique qui n'a aucune tendance à la régression. C'est pour lui que les malades viennent vous consulter.

A ce type, nous devons rattacher une variété intéressante autant que peu connue. Il s'agit des cas assez nombreux où, à la suite d'une opération à chaud en pleine suppuration, on ne résèque pas l'appendice, se contentant d'un drainage après laparotomie. L'organe persiste, anatomiquement lésé, rien d'étonnant alors à ce que des troubles digestifs soient la conséquence de ce reliquat.

OBSERVATION XVII (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr Témoin.)

X..., boucher, vingt-sept ans. Névropathe.

Début en mai 1903 par des douleurs généralisées à tout l'abdomen avec prédominance à droite. A cette époque, le malade présente les signes d'une crise appendiculaire.

Depuis, l'amélioration n'est pas revenue. Les digestions sont lentes, pénibles. Après les repas il y a du ballonnement du ventre, des nausées, des éructations sonores et fréquentes sur lesquelles insiste tout particulièrement le malade.

L'appétit a disparu. Intolérance élective pour les viandes et le vin rouge qu'il ne peut supporter depuis le début précis de sa maladie. Douleurs épigastriques en dehors des repas. Constipation.

Evolution lente et progressive. Amaigrissement assez rapide : 1 kilogramme en six jours et depuis, sans s'être pesé, le malade dit n'avoir fait que dépérir.

De temps en temps douleurs abdominales, mais pas de crises nettes.

Vu par Témoin, en juillet 1903. La palpation révèle une légère douleur à droite. On porte le diagnostic d'appendicite dyspeptique.

Appendicectomie à la fin de juillet. — L'appendice est épaissi et présente des lésions de sclérose à son extrémité.

Suites. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, selles normales, digestions faciles, appétit revenu.

OBSERVATION XVIII (inédite).

(Due à l'obligeance du Dr Témoin, de Bourges.)

M^{lle} D ..., dix ans. Appendicite pour la première fois en octobre 1899.

Opérée trois semaines après, par Barnsby (de Tours), qui l'opère dans un état de cachexie profonde. Un demi-litre de pus s'écoule par la plaie. Il draine et l'enfant guérit ; la fistule est refermée deux mois et demi après.

Mais, depuis ce moment, l'enfant ne reprend pas. Elle accuse une constipation habituelle et opiniâtre, des troubles dyspeptiques. Tous les huit jours environ, elle a de petites crises avec nausées, vomissements, douleurs vagues tantôt à droite, tantôt à gauche, donnant à peu près la symptomatologie d'une indigestion.

Vue par Témoin (de Bourges), le 10 mars 1900. Le diagnostic est hésitant. L'ensemble symptomatique ne présente rien de

caractéristique, au point que l'on pense un instant à une néphroptose à gauche s'accompagnant de troubles digestifs et douloureux variés. Un examen plus minutieux et souvent répété fait reconnaître une douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, avec peut-être un léger empâtement. Devant ce signe positif, Témoin porte le diagnostic d'appendicite latente, récédive post-opératoire. Ses collègues Bailly et Barnsby partagent cette opinion.

L'opération est faite le 18 mars 1900. Le ventre ouvert, le cæcum apparaît nettement avec son appendice libre, sans adhérence aucune, paraissant sain. Mais en le tirant, il apparaît plus gros et porte à son extrémité un renflement gros comme une lentille, que nous trouverons rempli de pus, et c'est tout. Résection de l'appendice.

Les suites opératoires furent des plus favorables. La malade guérit complètement et, suivie depuis, n'a jamais ressenti les symptômes qu'elle présentait avant l'intervention. Plus de troubles digestifs d'aucune sorte.

Après une grande suppuration, l'appendice peut donc rester complet, sans adhérence aucune et rester aussi dangereux que si la poche suppurée n'avait pas été ouverte.

L'appendice mesurait 8 centimètres. Ne peut-on supposer que si l'extrémité malade de l'appendice avait été éliminée au moment de la première intervention, on eût pris ensuite cet ensemble symptomatique si vague pour tout autre chose qu'une récédive d'appendicite.

OBSERVATION XIX (résumée).

(In thèse Levrey, 1899, p. 17.)

Enfant de quinze ans, crise aiguë d'appendicite datant de six mois, après laquelle la santé n'est jamais redevenue complète ; l'enfant était souvent repris de douleurs sourdes avec prédominance à droite ; ces douleurs survenaient d'ordinaire après les

repas. Parfois des nausées. Constipation à peu près absolue. Troubles dyspeptiques.

L'état général devenant mauvais, Tillaux voit le malade et décide une intervention.

L'opération montra l'épiploon adhérent au cæcum et au côlon par une large zone encore enflammée, appendice turgescent.

L'ablation de l'appendice et la libération de l'épiploon amenèrent une guérison rapide et complète de tous les symptômes.

D. — APPENDICITE DYSPEPTIQUE ALTERNANTE.

Aux deux derniers types et leur succédant parfois, on peut ajouter une autre forme clinique plus fréquente. Non encore décrite comme entité, nous en possédons plusieurs observations frappantes. Elle est caractéristique et nous la dénommerons appendicite dyspeptique à forme alternante. Dans son genre, elle est à peu près l'équivalent de l'appendicite à rechutes dont les crises seraient séparées par des périodes de troubles digestifs chaque fois plus accentués.

Quoique pouvant durer indéfiniment et présenter une marche chronique, elle revêt plutôt une allure subaiguë, chaque crise donnant lieu à des symptômes plus importants.

Son début est assez variable. Tantôt c'est par une crise que la maladie fait son entrée en scène, tantôt au contraire ce sont les phénomènes digestifs qui commencent. Puis subitement une atteinte d'appendicite se déclare, l'orage cesse, mais les troubles dyspeptiques persistent, en augmentant même. Bientôt une nouvelle crise se produit et se termine comme la précédente, ne

laissant toujours qu'une aggravation plus ou moins accentuée de l'état dyspeptique. Quatre, cinq crises et plus peuvent ainsi se succéder à intervalles plus ou moins rapprochés, mais d'ordinaire progressivement diminués. Ces attaques, à l'encontre de l'appendicite aiguë classique, aboutissent rarement à la suppuration: ce sont plutôt des phénomènes d'inflammation catarrhale.

OBSERVATION XX (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.)

M. J. B..., vingt-cinq ans.

Rien de spécial dans les antécédents. S'est toujours bien porté jusqu'ici. Un peu névropathe.

En septembre 1901, le malade ressentit, après un repas, des coliques assez violentes qui durèrent trois jours. Au début, elles étaient généralisées, avec peut-être légère prédominance à droite. Pas de fièvre, ni de vomissements.

Depuis lors, perte complète d'appétit, d'où un amaigrissement rapide et considérable. Les digestions sont laborieuses et c'est à elles qu'il attribue son amaigrissement. Après les repas, il présente du ballonnement, des nausées mais pas de vomissements. Il accuse en outre une pesanteur constante au creux de l'estomac. En même temps s'installe une constipation habituelle entrecoupée, à de rares intervalles, de selles sanguinolentes et glaireuses.

Jusqu'en avril 1902, cet état persiste, avec des crises de coliques de temps en temps. Ces crises durent un jour ou deux, les douleurs tiennent tout le ventre, sont très violentes; dans l'intervalle les phénomènes dyspeptiques persistent en s'aggravant en même temps du reste que l'état général.

Le 26 avril 1902, nouvelle crise de coliques, plus forte que les précédentes.

Un peu d'accentuation de la douleur à droite, mais pas de vomissements, pas de fièvre, pas de météorisme.

Devant la répétition de ces faits, il entre à l'hôpital à la fin d'avril 1902. Etat général mauvais, Malade anémié, pâle, amaigri. Langue sale. Digestions difficiles. Anorexie. Constipation.

Il accuse une pesanteur constante dans le creux de l'estomac et le côté droit, en dehors des crises de coliques.

La palpation donne la sensation d'un boudin dans la région appendiculaire et révèle une sensibilité douloureuse au point de Mac Burney.

Vu par Villard, qui porte le diagnostic d'appendicite dyspeptique à forme alternante.

Opération le 5 mai 1902. — L'appendice est libre d'adhérences, un peu augmenté de volume. Appendicectomie.

Suites opératoires. — Le malade sort le 29 mai 1902, complètement guéri. L'état général est excellent. Revu depuis, en février 1903, la guérison s'est maintenue. Voici d'ailleurs ce que nous dit le malade à ce sujet : « Tous les symptômes digestifs et douloureux ont disparu. La constipation a cessé de suite après l'opération. J'ai repris de l'appétit, mange et digère bien. L'amaigrissement que je vous ai signalé a lui aussi rétrocedé. »

Examen de l'appendice. — A la coupe l'appendice contient du pus.

L'examen anatomo-pathologique est fait au Laboratoire de la Faculté :

On peut affirmer que les coupes de cet appendice ne présentent pas les caractères des vieilles appendicites : « pas d'épaississement de la sous-séreuse et surtout pas d'état scléreux avec apparition de peletons graisseux dans la sous-muqueuse ; ce caractère est typique des formes anciennes. Tout ce que l'on peut noter, c'est qu'autour des follicules il y a de trop abondantes petites cellules disséminées jusque dans les espaces interglandulaires ».

Examen du pus retiré de l'appendice, fait au laboratoire de bactériologie : 1° Examen direct : quelques cocci isolés et peu nombreux et surtout des bacilles nombreux, ressemblant au coli,

ne gardant pas le Gram ; 2° culture en bouillon très riche, composée de microorganismes très variés : bacilles ressemblant au coli, ne gardant pas le Gram, bacilles grêles, strepto-bacilles, staphylocoques en amas et streptocoques très fins.

OBSERVATION XXI (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.)

S. ., cinquante-trois ans, ajusteur. Entérite dans sa première enfance.

Constipation très ancienne et opiniâtre. Pas de côlite muco-membraneuse.

Deux ans avant son entrée à l'hôpital, sa constipation s'est exagérée encore et depuis, le malade prend un lavement par jour. Vers la même époque, perte d'appétit, amaigrissement. Anorexie presque absolue sauf pour les œufs et le lait, et encore ces aliments provoquent-ils un ballonnement marqué du ventre avec pesanteur au creux de l'estomac. Digestions difficiles. Pas de vomissements.

De temps en temps de petites crises de coliques plus accentuées à droite, « sortes d'indigestions ». En juin 1902, il fut pris subitement d'une de ces crises, plus forte que de coutume. Coliques à droite. Fièvre. Vomissements. Repos. Glace sur le ventre. L'attaque cède au bout de huit jours mais une douleur sourde persiste depuis. En même temps l'anorexie, l'amaigrissement ainsi que les troubles digestifs subissent une légère aggravation.

En septembre 1902, deuxième crise, même symptomatologie, même terminaison. En novembre, nouvelle crise. Devant la persistance de ces accidents et l'aggravation de son état dyspeptique et général, le malade va consulter un médecin et entre dans le service de M. Villard.

A son entrée, mauvais état général. Facies pâle, terreux, amaigri. Anorexie. Langue sale. Digestions difficiles. Constipation intense.

Pas de fièvre. Pas de météorisme, ni d'empâtement de la région iliaque. Pas de douleur à la pression au point de Mac Burney, mais sensibilité exquise à la décompression brusque. Paroi souple et molle. Pas de cordon, ni d'induration.

Appendicectomie (4 décembre 1902). — Appendice rouge, légèrement tuméfié à la pointe, entouré de nombreuses adhérences.

Suites. — Le malade sort guéri. Anorexie a disparu. Bon appétit.

Digestions faciles. Augmentation rapide de poids : 5 kilogrammes en un mois.

Constipation très améliorée mais persiste encore un peu six mois après l'intervention.

OBSERVATION XXII

(Jalaguier, Soc. de chir., 14 février 1900.)

Homme de quarante-deux ans, atteint depuis six ans de troubles gastro-intestinaux attribués à la dyspepsie et caractérisés par des crises douloureuses avec ballonnement du ventre. A la fin de novembre 1899, crise un peu plus forte avec prédominance de la douleur à droite, et existence du point de Mac Burney. Delanglade (de Marseille) vit cette crise et porta le diagnostic d'appendicite.

Examiné le 3 janvier et étant très amaigri, ce malade présentait très nettement un appendice dur et roulant sous le doigt. « J'ai conseillé l'intervention, car l'expérience m'a appris que, dans les cas de cette catégorie, une crise aiguë est toujours menaçante et que, d'autre part, l'incision de l'appendice chroniquement enflammé suffit à faire disparaître la plupart, sinon la totalité, des prétendus accidents dyspeptiques ».

Appendicectomie le 8 février. Lésions de l'appendice montrant un processus ascendant d'oblitération.

OBSERVATION XXIII (résumée).

(In thèse Montais, Paris 1900.)

Auto-observation de M^{me} la Doctoresse X...

Depuis longtemps embarras gastriques légers. En juin 1892, crise brusque de douleurs abdominales avec nausées, frissons. Langue sale, ventre très sensible, la malade garde plusieurs jours le lit. Le palper révèle une sensibilité très grande à l'aîne droite. On diagnostiqua une néphroptose, et un régime très sévère et une ceinture furent conseillés. Depuis, les crises se reproduisirent à intervalles de plus en plus rapprochés ; elles augmentent en outre de gravité. Un régime sévère, qui au début avait quelque action, ne donne plus aucun soulagement.

Les troubles digestifs d'abord contemporains des crises persistent après elles. Une anorexie s'installe avec une intolérance élective pour la viande, le vin, les sauces. Tous ces phénomènes altèrent rapidement l'état général, l'amaigrissement s'accroît et la névropathie s'installe. Cure de Vichy sans résultats.

Une dernière crise en octobre 1898 achève d'aggraver la malade. Douleur au point de Mac Burney. Melæna. Sensibilité de tout le côlon.

Un régime des plus sévères est prescrit : lait, bouillies, grands lavages du côlon. Tout échoue et l'état de faiblesse s'accroît, plusieurs chirurgiens sont consultés. Walther pense à l'appendicite et ordonne d'abord un traitement médical pour apaiser les douleurs du côlon avant toute opération. N'obtenant rien de durable par diverses médications, Walther, malgré Mathieu, décide l'intervention, l'amaigrissement augmentant toujours.

Appendicectomie (décembre 1898)— Appendice long, oblitéré à son extrémité, contenant trois calculs stercoraux.

Suites opératoires bonnes. Guérison absolue. L'attention de la malade n'est plus attirée vers l'acte de la digestion qui, depuis

dix longues années avant l'opération ne s'accomplissait pas normalement. Les aliments les plus indigestes et les plus susceptibles de provoquer l'intolérance intestinale sont parfaitement tolérés dix-huit mois après l'intervention.

Telles sont les quatre grandes formes d'appendicite dyspeptique. Elles durent d'ordinaire indéfiniment, sans présenter de rémissions temporaires, et il existe des malades qui étaient traités depuis plus de quinze ans pour des affections gastro-intestinales, alors qu'ils étaient uniquement sous le coup d'une lésion appendiculaire.

La longévité même de l'appendicite dyspeptique n'est pas sans laisser place *aux accidents infectieux*. A leur tête, nous devons placer l'*entéro-colite muco-membraneuse* qui semble bien, dans certains cas, être sous la dépendance directe de la lésion appendiculaire, comme le montrent d'ailleurs quelques résultats opératoires. Les poussées du côté de la *rate*, du *foie* ne sont pas rares non plus et sont notées dans plusieurs observations. Le foie devient gros, douloureux et en même temps du subictère s'installe. Il n'est pas jusqu'à du *melæna*, des *phlébites*, des *cystites* même qu'on ne puisse constater, montrant encore l'importance de l'infection dans la propagation à distance des lésions (obs. XIV, XXIII).

A côté de ces troubles infectieux généraux, il peut se produire des *complications locales*.

Les *adhérences épiplœiques* sont en particulier à signaler. Bien étudiées par Levrey, elles n'ont pas besoin pour se produire de poussées aiguës d'appendicite et,

une fois formées, peuvent donner naissance à des attaques d'épipoïtes aiguës ou à des troubles dyspeptiques chroniques par un mode pathogénique déjà étudié.

En face d'une pareille allure et de telles complications on peut s'attendre en présence d'une appendicite dyspeptique à toutes les éventualités. Certains auteurs comptent pourtant sur la guérison spontanée de l'appendicite chronique.

La théorie et la pratique sont ici en désaccord.

On peut bien concevoir, il est vrai, cette guérison. Dieulafoy l'explique par une désobstruction du canal appendiculaire. Avec Rastouil, nous ne partageons pas cette manière de voir et c'est plutôt par *oblitération atrophique* qu'elle peut se produire. La perméabilité du canal serait-elle rétablie que les lésions de follicule n'en persisteraient pas moins, ces follicules clos altérés ne constituant plus des centres de défense et devenant même des lieux de cantonnement pour les germes infectieux.

Pratiquement, on ne peut compter sur cette guérison spontanée. « *Tout appendice enflammé, guéri cliniquement, reste anatomiquement taré* », a dit Roux (de Lausanne). Il porte en ses parois, ajoute Terrier, la menace permanente d'accidents nouveaux.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

En tout ceci, qu'y a-t-il de pathognomonique et qui distingue la dyspepsie appendiculaire des autres dyspepsies?

Il semble en réalité qu'il n'y ait pas à proprement parler de signes spéciaux. Il s'agit d'une *dyspepsie atonique avec hypochlorhydrie* qui ne diffère en rien des autres du même ordre. Il ne faut pas d'ailleurs demander à ces symptômes gastro-intestinaux ce qu'ils ne peuvent nous donner. Leur intérêt est de mettre le médecin sur la voie du diagnostic et, sans être spéciaux à la maladie qui nous occupe, certains d'entre eux peuvent y arriver par leur physionomie et leur groupement.

D'abord la *constipation* habituelle de ces sujets doit attirer l'éveil ; son mode d'apparition parfois assez brusque, sa *persistance* malgré les nombreux traitements médicaux sont assez caractéristiques.

L'*anorexie* ne manque pas non plus d'un certain cachet d'originalité. Le dégoût pour certains aliments présente parfois un caractère d'*électivité* qui mérite d'être retenu. En particulier la répugnance de certains de nos malades pour les viandes rouges, les sauces, le vin rouge, n'est pas sans quelque importance. Mais

c'est surtout le genre d'anorexie qui est parfois assez spécial. Souvent en effet ce n'est pas d'une vraie perte d'appétit qu'il s'agit. Les malades ne s'alimentent plus, non pas qu'ils n'aient plus faim, mais parce qu'ils ne le veulent point, sachant à quelles douleurs ils s'exposent en n'obéissant pas aux injonctions de leur tube gastro-intestinal.

Le chimisme stomacal peut-il venir s'ajouter à ces données cliniques et nous fournir quelques renseignements ? Ewald l'a essayé sans succès et, quoiqu'il ne faille pas le rejeter d'emblée, on ne doit pas lui attacher grande valeur dans les cas en question.

Mais tout ceci serait insuffisant, si, à côté des troubles digestifs, la clinique ne nous offrait d'autres signes plus caractéristiques qui, en présence d'une dyspepsie déjà suspecte, nous permettent d'affirmer son origine appendiculaire. Nous voulons parler :

1° *Des commémoratifs ;*

2° *De la constatation d'une tuméfaction dans la fosse iliaque droite ;*

3° *De la douleur élective au point de Mac Burney.*

Ces signes sont fondamentaux et servent de jalons au diagnostic.

1° Les renseignements fournis par les commémoratifs se rapportent soit à *des crises appendiculaires franches ;* soit à *des crises frustes ou latentes.*

C'est en fouillant minutieusement dans les antécédents que l'on arrive à découvrir que notre dyspeptique a présenté au début ou au cours de son affection

des attaques franches d'appendicite. Le malade ne voyant pas le lien qui unit ces deux affections omet d'en parler, ou s'il attire sur ce point l'attention du médecin, ce dernier jusqu'à ces derniers temps, ne découvrirait là aucun rapprochement à faire. Ces crises, nous l'avons vu, ne se produisent que dans les formes mixtes ; mais elles n'en constituent pas moins un signe d'une réelle valeur. Il ne faudrait pas cependant y attacher une importance absolue. La dyspepsie peut exister sans crises d'appendicite et cependant être le résultat d'une de ces formes pures ou latentes ; d'un autre côté de la présence d'une crise on ne peut conclure forcément à une appendicite dyspeptique : un dyspeptique quelconque peut prendre une attaque d'appendicite et en guérir complètement. C'est par un examen minutieux et raisonné de tous les symptômes que l'on pourra arriver à saisir la relation de cause à effet qui existe souvent entre ces deux syndromes.

Dans certains cas, la recherche de l'enchaînement des deux affections est beaucoup plus facile. Les crises aiguës sont alors plus nettes et fréquentes et leur influence sur le tube digestif attire l'attention du malade lui-même.

Mais à côté aussi, nombreux sont les exemples où la lésion causale ne donne lieu à aucune attaque aiguë, ou si l'on constate quelque chose : c'est une atteinte fruste. Ces formes larvées de crises appendiculaires, si on les ignore ou ne les recherche pas, peuvent fausser le diagnostic au lieu de mettre sur sa voie. Combien de malades, dans les observations

publiées, accusaient depuis déjà longtemps des indigestions répétées et souvent insolites, des crises d'entérite, des coliques néphrétiques ou hépatiques qui n'étaient que des crises cachées d'appendicite. En face de pareils sujets il faut se méfier. L'appendicite peut revêtir tous les masques et, si l'on a un doute, il doit faire pencher pour cette dernière affection.

Tous ces faits sont à rechercher dans le passé médical de nos malades. Ils ne sont pas cependant d'une valeur rigoureusement décisive. En dehors des restrictions déjà énoncées, il faut noter que certains ont tendance à exagérer et répondre par trop d'affirmations aux questions posées, que d'autres au contraire oublient les douleurs qui ne les ont point trop inquiétés.

Il n'en est pas de même des deux autres signes qui, eux, sont *objectifs* et palpables.

2° La *tuméfaction locale* existe fréquemment. On la retrouve dans les deux tiers des cas. Un examen attentif et soigné est nécessaire et l'anesthésie permet seule souvent sa constatation. Ewald, frappé de ses avantages, conseille même d'anesthésier le malade afin d'en favoriser l'examen. Dans ces conditions, la laparotomie exploratrice trouverait tout aussi bien sa raison d'être.

Le siège de cette tuméfaction est dans la fosse iliaque droite, au niveau du cæcum et de l'appendice. Elle se présente sous la forme d'un *cordon* allongé, cylindrique, d'un ruban plus ou moins mobile qui n'est autre que l'appendice malade, avec parfois un peu d'induration des parois cæcales.

Sa grosseur, d'ordinaire, n'est pas considérable. Ce n'est que dans le cas de périappendicite, d'épiploïte, consécutives que ce signe acquiert un plus grand développement. La tuméfaction comprend alors, en même temps que l'appendice, de nombreuses adhérences, des *masses épiploïques* fibreuses et rétractées. Mais ces cas sont exceptionnels. Le plus souvent la palpation ne nous révèle que la sensation d'un petit boudin qui roule sous le doigt. Cette constatation, en dehors de la douleur qui l'accompagne, n'a peut-être pas, comme le pense M. Villard, une valeur absolue; d'autres causes, en particulier la portion terminale du mésentère, sont capables de la produire.

3° Cette exploration nous met sur la voie d'un autre signe qui, lui, ne manque jamais : la *sensibilité exquise* au point de Marc Burney. Il n'est pas nécessaire pour l'affirmer d'arracher des cris au malade, un simple *ébranlement douloureux* suffit, et si alors on le recherche avec soin, on peut toujours le constater. Souvent même la douleur ainsi produite persiste quelques minutes, quelques heures même après l'examen. Une fois cette constatation faite, on a l'indice certain que là se trouve le foyer du mal, l'épine irritative, et on peut sans arrière-pensée affirmer l'appendicite dyspeptique.

Malgré ces signes, les erreurs de diagnostic ne sont pas toujours faciles à éviter.

Les troubles dyspeptiques sont parfois tellement accusés qu'ils captent toute l'attention. Ils peuvent prendre une *physionomie gastrique* ou plus spécialement *intestinale*; on songe alors à une gastralgie, à une gastrite, à une dilatation d'estomac... et on ne pense

pas à l'appendice. La douleur spontanée est à peine esquissée, seuls les signes physiques mettront sur la voie du diagnostic.

L'état général vient souvent aussi compliquer la situation. Le teint jaune et terreux de ces malades, leur anorexie, leur amaigrissement, leurs accidents infectieux même, mélæna ou phlébite, tout en un mot fait penser à un *néoplasme stomacal* et là encore c'est du côté des commémoratifs et signes physiques qu'il faut se reporter pour empêcher l'erreur (obs. VII). Et encore combien de difficultés se posent. On peut rencontrer, avec tout cet appareil symptomatique, une tumeur de la fosse iliaque et, alors, il faudra discuter, à côté de l'appendicite dyspeptique avec *péri-appendicite plastique*, la *péritonite tuberculeuse de la région iléo-cæcale*, les *tumeurs malignes* de la même région. Dans ces dernières, mêmes troubles intestinaux, même état général, quoique encore plus accusé. Les hémorragies intestinales y sont par contre plus fréquentes, et si avec cela le foie est volumineux, bosselé, si des ganglions existent, il faut songer au cancer. Ces cas sont du reste exceptionnels et le traitement est identique.

Quant à la péritonite tuberculeuse locale, à la tuberculose du cæcum ou de l'appendice, la différenciation sera parfois impossible. Troubles digestifs, signes physiques sont souvent analogues. Ce n'est guère que par les antécédents et la coexistence de lésions bacillaires qu'on pourra la soupçonner. L'anatomie pathologique seule permet dans certains cas de la déceler.

En cas de prépondérance de l'état gastro-intestinal, citons la confusion possible, quoique peu probable,

avec la *dothiéntérie*, surtout si l'on constate un point douloureux dans la fosse iliaque droite. La diarrhée, la langue « de perroquet », la courbe thermique, les taches rosées, le séro-diagnostic de Widal, la recherche de l'Eberth dans le sang par le procédé de J. Courmont, nous permettent d'éviter facilement la confusion.

Mais, tout en restant en face d'un type habituel d'appendicite dyspeptique, on risque encore de s'égarer. Le *point de Mac Burney*, ce grand critérium, n'affecte pas toujours une localisation normale.

a) Est-il *plus élevé* que d'habitude, on pensera à une dyspepsie due à un *cholécystite calculeuse*, fait bien étudié en 1896 par Longuet. Le diagnostic différentiel de ces deux affections a fait l'objet d'une thèse récente du Dr Dreyfuss. En général, les commémoratifs d'une infection biliaire sont différents; le teint terreux de nos malades, les poussées d'ictère qu'ils présentent parfois, peuvent pourtant induire en erreur. Les points et les irradiations douloureuses, en situation plus élevée encore que dans ces formes d'appendicite haute, pourront être alors de quelque utilité. La confusion n'aurait du reste rien d'irréparable. L'indication opératoire et la voie d'accès latérale restant à peu près les mêmes dans les deux cas.

b) Le point de Mac Burney peut se trouver *plus bas* que d'ordinaire. La discussion se porte alors, chez la femme, entre une dyspepsie appendiculaire et une *dyspepsie utéro-ovarienne*. Les commémoratifs sont ici de première importance. En cas d'affection utérine, il existe un passé génital, des lésions pelviennes, une infection de l'utérus ou une tumeur annexielle appré-

cialable au toucher. Il faut tenir compte de l'étiologie blennorragique ou puerpérale, du mode de début. La bilatéralité a aussi sa valeur. La difficulté est par contre plus grande si la tumeur est unilatérale droite. Est-ce une dyypepsie appendiculaire ou une salpingite dyspeptique? La tumeur appendiculaire est plus élevée, le toucher vaginal apporte au contraire des données plus précises, en cas d'annexite.

Ces constatations sont d'autant plus délicates qu'il existe une appendicite d'origine salpingienne qui revêt souvent l'allure d'une appendice dyspeptique pure (Delagenière et Barnsby). Heureusement ici l'erreur est de peu d'importance, l'indication étant la même, la voie haute nous donnant seule une appréciation exacte de l'organe malade.

c) Il arrive encore que le point de Mac Burney se rencontre *plus externe* que de coutume. Les troubles digestifs sont alors mis sur le compte d'une *néphroptose à expression digestive*. Ainsi, dans un cas de Walther, on fit porter trois mois, pour ce fait, une ceinture à pelote abdominale. Pourtant la notion d'une tumeur ressemblant au rein et donnant du ballottement n'a pas son analogie dans l'appendicite dyspeptique ; mais le vague des signes physiques et l'ensemble des symptômes digestifs et nerveux rend la chose tout-à-fait possible. D'ailleurs, il est à remarquer que ces deux affections coexistent fréquemment. On s'est même demandé si, dans ces cas, l'appendice malade n'était pas l'organe à incriminer. Walther semble l'admettre, d'après Montais.

Edebohls trouve que dans 60 pour 100 des cas les

deux maladies sont associées, et il en conclut que les symptômes attribués au rein dépendent de l'appendice, l'appendicite chronique étant la conséquence la plus constante du rein mobile. Par suite, dans la néphroptose douloureuse, la douleur n'est pas rénale mais appendiculaire: s'il n'y a pas d'appendicite, on ne souffre pas du rein mobile. Ce sont là des hypothèses qui nécessitent encore de nouvelles recherches.

d) *La diffusion* plus ou moins grande du point de Mac Burney nous oblige à discuter parfois *la colite muco-membraneuse*. Malgré les déclarations faites au Congrès de médecine de 1900, nous croyons que l'appendicite peut accompagner la colite, à l'encontre de Potain et de Dieulafoy; et nous pensons que ce serait une erreur qui pourrait devenir préjudiciable au malade, d'éliminer systématiquement l'appendicite du fait de la constatation d'une colite. Nous nous rallions ainsi à l'opinion de Reclus, acceptée par Jalaguier, Comby, etc.

Il faut donc savoir différencier ces deux affections, et ceci a d'autant plus d'importance que souvent la colite n'est qu'une conséquence de la lésion appendiculaire. D'ailleurs, même si elle préexiste, elle est parfois défavorablement influencée par elle, aussi est-il encore indiqué de pouvoir diagnostiquer l'appendicite pour produire tout au moins une amélioration par un traitement approprié.

La douleur sur le trajet des côlons, l'absence ordinaire de fièvre, la « corde côlique » nous mettrons sur la voie. Malgré tout, l'erreur est parfois possible; dans ces cas, le traitement médical viendra trancher la question.

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne voulons point ici faire l'étude détaillée des lésions histologiques de l'appendicite. Letulle et Brun ainsi que Weinberg en ont donné une description très précise. Nous nous contenterons d'exposer les résultats des constatations relevées sur les appendices dans les formes qui nous occupent.

Avant de rentrer dans l'exposé de cette question, il faut remarquer que l'examen ne témoigne d'*aucune lésion spécifique*, c'est-à-dire de nature à différencier l'appendicite dyspeptique des autres appendicites.

On est en outre frappé par le *défait de relations* entre les symptômes cliniques et les désordres anatomo-pathologiques.

Macroscopiquement, quelles sont les lésions observées?

Au point de vue du siège, l'appendice peut être lésé en tous ses points ; toutefois, c'est le plus souvent à son extrémité libre que se trouve le mal, semblant ainsi prouver que ce n'est pas par la propagation de l'inflammation du cæcum à l'appendice que se fait l'infection appendiculaire.

L'aspect extérieur peut être assez varié. Bien fréquemment on constate un renflement *en massue* de

l'extrémité libre avec un peu de congestion péritonéale.

Parfois, au contraire, on se trouve en face d'un *cordon fibreux*, plein, plus ou moins allongé. Walther et Potherat ont même cité une forme *kystique* du reste assez rare, caractérisée par la transformation de l'appendice en une vaste cavité remplie de liquide clair. Extérieurement, l'état de l'organe n'est d'ailleurs pas toujours facile à reconnaître. Il peut se présenter normalement à première vue, alors qu'il existe des lésions intimes graves.

Les coupes macroscopiques sont plus intéressantes. *L'oblitération ascendante* de l'appendice est signalée dans de nombreux cas et nous avons pu en faire nous aussi la constatation (obs. I). On note en outre souvent la coexistence de piquetés hémorragiques, de lésions superficielles de la muqueuse, en même temps que l'épaississement de la paroi. Dans deux cas ces lésions de la muqueuse existaient même seules (obs. XVI, XVIII). Des calculs stercoraux sont parfois rencontrés.

Les lésions appendiculaires ne résument pas tous les faits macroscopiques observés. Il existe parfois aussi des phénomènes *périappendiculaires*.

Ce sont d'abord des *adénites* du méso-appendice vues par Walther, qui sont la preuve du rôle joué par l'infection dans la propagation à distance des phénomènes qui se passent dans l'organe atteint.

Des fausses membranes et *adhérences* peuvent aussi exister. Les adhérences épiploïques sont les plus fréquentes et résultent le plus souvent de poussées subai-

guës. Raymond Tripier et Paviot, dans un article récent, admettent pour ces adhérences péritonéales surtout une origine vésiculaire : « Au lieu de considérer comme secondaires à l'appendicite les autres lésions inflammatoires rencontrées en même temps dans l'abdomen, nous pensons qu'on doit souvent les rapporter à la vésicule... ; nous pensons même qu'on doit déposer l'appendice au profit de la vésicule... »

Ces données appuyées sur de nombreuses autopsies ne peuvent être mises en doute, toutefois, il nous semble que l'appendice par lui-même est susceptible de produire des phénomènes de péritonite adhésive aboutissant à la fin à des membranes et adhérences, et, du reste, ces auteurs ne le nient point, il n'en font que contester la fréquence : « Il est peut-être des circonstances très rares où l'on pourrait rattacher à d'autres lésions de la cavité abdominale ces brides filamenteuses ou lamelleuses. »

Les lésions microscopiques de l'appendicite dyspeptique peuvent être aiguës ou chroniques.

Une de nos observations (obs. XVI) est parfaitement caractéristique au premier point de vue. Il s'agit de ce cas où l'appendice ne présentait rien en dehors de trois points sphacelés de la muqueuse (fig. 1). Pas d'oblitération, pas d'épaississement... L'examen microscopique a confirmé les données précédentes, ne révélant aucun état scléreux, aucun signe d'une vieille appendicite.

Dans un cas, dû à l'obligeance de M. Villard, il a été possible de faire des constatations analogues. Nous ne pouvons mieux faire que de citer le compte rendu de l'examen histo-pathologique fait au laboratoire de la

Faculté : « On peut affirmer que les coupes de cet appendice ne *présentent pas les caractères des vieilles appendicites*. Pas d'épaississement de la sous-séreuse et surtout pas d'état scléreux avec apparition de pelotons graisseux dans la sous-muqueuse : ce dernier caractère est typique des formes anciennes. Tout ce qu'on peut noter : c'est qu'autour des follicules, il y a de trop nombreuses petites cellules disséminées jusque dans les espaces interglandulaires... »

Ces faits nous forcent à admettre que les lésions de l'appendicite dyspeptique se présentent parfois sous un aspect nettement aigu, sans coexistence de lésions chroniques.

Plus souvent, toutefois, ces dernières existent et les ulcérations, les plaques sphacélées de la muqueuse ne sont alors que la signature d'épisodes aigus survenus au cours d'un état chronique.

A côté de ces lésions inflammatoires aiguës, les chroniques sont, il faut le reconnaître, de constatation courante dans les appendicites dyspeptiques. La plupart des examens opérés en sont une démonstration frappante. Ainsi le compte rendu suivant, tiré d'une observation de Walther :

« Le tiers inférieur est aminci, plein, transformé en un cordon fibreux, le tiers moyen est parsemé de plaques de folliculite récente avec piqueté hémorragique, le tiers avoisinant la base est sain. »

Ou celui d'une de nos observations :

« Dans les parties oblitérées, il existe à la place de la cavité un bouchon de tissu conjonctif dense avec quelques îlots adipeux et quelques traînées de cellules rondes. »

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Ce qui frappe au premier abord en relisant les observations publiées et en analysant les résultats observés : c'est *l'inutilité absolue du traitement médical*.

Vainement pendant de longs mois, les malades ont suivi des médications variées. Régimes, lavages d'estomac, lavages du côlon, séjours aux stations thermales, tout a échoué. C'est au plus si, dans quelques cas d'ailleurs rares, on a pu obtenir une amélioration passagère et faible. Le plus souvent les malades s'acheminent lentement vers l'amaigrissement et la cachexie.

Comment en effet admettre qu'une thérapeutique médicale quelconque puisse être réellement curative. Il n'est point de médication interne qui prétende à supprimer l'infection qui séjourne dans l'appendice et entretient tous les désordres digestifs.

A côté de cette cure qui faiblit de toutes parts, nous avons au contraire *l'intervention opératoire, l'appendicectomie* avec tous ses avantages. Ici, inutile de discuter, il suffit d'observer les résultats. Sur toutes les observations publiées, nous trouvons la guérison comme conséquence de l'acte opératoire, *guérison radicale* portant à la fois sur les crises appendiculaires et sur l'état dyspeptique. L'appétit revient, les digestions s'ef-

fectuent sans difficultés, les selles se régularisent, le système nerveux lui-même, longtemps ébranlé par la longue durée de l'affection, redevient normal. Les malades reprennent leur force et leur embonpoint. Les résultats ne se font même pas attendre et c'est le plus souvent dès les premiers jours qui suivent l'intervention que tout rentre dans l'ordre. Il suffit de relire les suites opératoires des divers cas cités dans notre travail pour se rendre compte de ces résultats. Nous avons pu, du reste, suivre tous nos malades, les revoir à plusieurs mois, plusieurs années même après leur sortie de l'hôpital, et la guérison ne s'est pas démentie un instant.

Les complications elles-mêmes subissent une *amélioration* rapide qui va même parfois jusqu'à la disparition complète. C'est ainsi que nous voyons, dans les observations X et XII les crises de colite muco-membraneuse céder complètement à l'ablation de l'épine appendiculaire, preuve qu'elles sont bien sous sa seule dépendance dans certains cas. Plus souvent, ces crises ne font que s'amender, l'appendice n'a alors agi qu'en aggravant et entretenant des lésions déjà existantes. Plus de poussées douloureuses du côté du foie, plus de subictère. En un mot, la suppression de l'épine a été radicale.

En face de ces résultats, quels sont les inconvénients ?

Si on fait la statistique des conséquences opératoires, on trouve que la mortalité est à peu près nulle. Ceci n'a d'ailleurs rien qui puisse nous surprendre. Les malades, opérés le plus souvent à froid, sont à l'a-

brides seuls dangers de l'appendicectomie, nous voulons parler de l'opération à chaud. Et encore cette dernière, nécessaire chez certains de nos sujets, est-elle loin de présenter la gravité qu'on a bien voulu y attacher.

Donc, l'opération étant *radicale* et *sans dangers* doit être tentée dans tous les cas. Inutile même d'attendre ; une fois le diagnostic posé, *il faut opérer*.

L'état du malade ne doit pas être une contre-indication absolue. Tout au plus si la cachexie est trop prononcée, peut-on hésiter et différer de quelques semaines pour essayer, par un traitement approprié, de réparer un peu les forces du malade. Nous savons l'importance qu'il faut donner à ces traitements médicaux. Ils échouent le plus souvent et, en agissant ainsi, il y a bien peu à espérer. Les choses ne font parfois même qu'empirer, alors qu'une intervention habilement conduite amènerait une amélioration rapide.

D'ailleurs, à côté des formes chroniques qui, elles, peuvent jusqu'à un certain point attendre sans amener un danger immédiat, il y a les formes aiguës ou subaiguës, avec crises appendiculaires manifestes. Là, il ne doit pas y avoir d'hésitation. Il faut intervenir sans retard. Une nouvelle crise peut survenir et ajouter son pronostic incertain à celui déjà sombre de la dyspepsie appendiculaire. Peut-être même sera-t-on forcé d'opérer à chaud et, alors, l'opération sera plus grave, quoiqu'il soit préférable d'agir même dans ces cas, ne sachant pas la terminaison possible de ces accès.

L'intervention sera du reste facilement acceptée par ces malades. Le retentissement fâcheux des troubles

digestifs sur leur état général les inquiète à tel point qu'ils n'hésitent pas à se confier aux chirurgiens, non il est vrai sans avoir tenté, bien inutilement du reste, la plupart des traitements médicaux.

Les procédés opératoires nous arrêteront peu. L'appendicectomie est une opération courante dont les temps sont nettement définis. Nous insisterons seulement sur certains points de détail qui peuvent, dans les cas en question, avoir quelque importance.

Lorsqu'on tombera sur un appendice libre d'adhérences, simplement renflé en massue à son extrémité, comme on le constate dans certaines formes pures d'appendicite dyspeptique, aucune manœuvre spéciale ne sera nécessaire. On fera la résection de l'appendice puis, après enfouissement du moignon, on refermera l'abdomen.

Il arrive aussi qu'après avoir incisé les plans superficiels et le péritoine, on tombe sur un appendice entouré de nombreuses adhérences. Dans ces cas, il faut *libérer* autant que possible. Nous avons vu en effet qu'elles étaient parfois l'origine de troubles digestifs dans la suite. Au Congrès de chirurgie de 1898, Walther, dans une communication, posa la question d'une façon très nette, avec observations à l'appui. Nous avons vu, au sujet de la pathogénie, l'importance qu'il fallait donner à ces faits. Ces adhérences épiploïques doivent être rompues et, en cas de difficultés trop grandes, il ne faut pas hésiter à réséquer toute la partie d'épiploon adhérente. On évite ainsi les accidents tardifs de l'épiploïte chronique, avec rétraction, comme cela ressort des conclusions de Levrey.

On peut aussi, après ouverture du ventre, se trouver en présence d'un foyer purulent d'appendicite aiguë, car, en dehors des formes aiguës, au cours des appendicites dyspeptiques, des crises sont possibles, qui forcent la main et décident à intervenir immédiatement. Deux avis sont ici en présence. Doit-on réséquer systématiquement l'appendice ou se contenter de faire un drainage et n'enlever l'organe lésé que s'il tombe sous la main. Avec M. Villard, nous préférons la *résection systématique*. Comme il résulte d'un travail récent fait sous son inspiration par le D^r Madranges, le simple drainage ne met pas à l'abri des complications. On peut avoir des récidives et, en ce qui nous concerne, des phénomènes dyspeptiques peuvent être la conséquence de la conservation de l'appendice (obs. XVIII). Quant à la mortalité, à la suite de cette résection systématique, elle n'est pas plus considérable.

Les soins consécutifs à l'opération n'ont rien ici de particulier. Les malades, du reste, en face du soulagement si brusquement ressenti, commenceront à tâter leur susceptibilité digestive. Devant l'innocuité des aliments qui, auparavant, étaient si souvent pour eux une source de douleurs, ils se remettront rapidement d'eux-mêmes à manger, et leur état digestif et général s'améliorera aussitôt,

Si quelques phénomènes digestifs persistent, quoiqu'amendés considérablement, c'est qu'ils n'étaient qu'aggravés par la lésion appendiculaire. Alors le traitement médical est indiqué pour les combattre et en viendra assez facilement à bout, l'appendice n'étant plus là pour les entretenir d'une façon constante.

CONCLUSIONS

I. A côté des poussées aiguës de l'appendicite classique, il existe fréquemment une série de troubles digestifs variés, reconnaissant pour cause les lésions appendiculaires et constituant ce que l'on peut appeler la dyspepsie appendiculaire ou mieux les formes dyspeptiques de l'appendicite.

II. Ces accidents se rencontrent surtout dans la clientèle de ville et leur fréquence fait que l'on doit y songer, dès qu'on se trouve en présence de troubles gastro-intestinaux inexpliqués.

III. Ces phénomènes digestifs peuvent reconnaître une pathogénie variée. Rarement d'origine mécanique, ils sont plus souvent d'origine infectieuse et surtout réflexe, l'inflammation même légère du péritoine ou de la muqueuse, amenant, par une sorte d'extension de la loi de Stokes, une atonie de tout le tube gastro-intestinal. Parfois aussi ces phénomènes sont l'effet d'une inhibition volontaire, consécutive à la douleur.

IV. Les appendicites dyspeptiques se composent

d'un ensemble de symptômes digestifs pouvant être classés sous le terme de dyspepsie atonique. En dehors des crises qui sont, du reste, susceptibles de manquer, les symptômes appendiculaires se réduisent le plus souvent à des douleurs abdominales vagues, à une sensibilité spéciale au palper de la fosse iliaque droite.

V. La présence ou l'absence des crises appendiculaires au cours de l'évolution de ces formes dyspeptiques permet de différencier :

Des appendicites dyspeptiques pures ;	
Des appendicites	— mixtes.

Ces dernières comprenant, suivant le moment d'apparition de ces crises :

Une forme prodromique ;	
— résiduale ;	
— alternante.	

VI. L'appendicite dyspeptique ainsi comprise n'est pas synonyme d'appendicite chronique et peut revêtir une allure aiguë et surtout subaiguë, comme le montrent l'évolution et l'anatomie pathologique.

VII. Son diagnostic, parfois délicat, se fera sur la recherche d'antécédents appendiculaires ou de crises intercurrentes, l'absence d'autres lésions et surtout la sensibilité spéciale au point de Mac Burney.

Son traitement sera nettement chirurgical, tous les

procédés médicaux étant inutiles. Seule, l'opération amène la disparition rapide et complète de tous les symptômes.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON (M.).

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 décembre 1903.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1885

GLÉNARD, De l'entéroptose.

1891

JULES SIMON, Accidents prémonitoires des appendicites (Bull. méd., p. 849).

1892

TALAMON, Appendicite et pérityphlite.

1897

BRUN, Appendicite chronique (Presse méd., 10 mai). Appendicite, *in* Traité des maladies de l'enfance. Grancher, Comby, Marfan.

LETULLE et BRUN, Lésions histologiques de l'appendicite (Presse méd., 4 août).

LETULLE et WEINBERG, Histologie pathologique des appendicites (Presse méd., 4 août).

MONOD et VANVERTS, l'Appendicite.

1898

BARNESBY, Appendicite et annexite (th. de Paris, 1897-1898).

DELBET, Des troubles gastro-intestinaux dans les affections des organes génitaux de la femme (Arch. gén. de méd., février).

EDEBOHLS, Wanderniere und Appendicitis (Cent.-Bl. f. Gynäkol., 8 oct.)

WALTHER, Comptes rendus du XII^e Congrès de chirurgie de Paris.

WEISS et FÉVRIER, Sur quelques cas d'appendicite (Revue de chir., p. 1168).

1899

DIEULAFOY, Diagnostic de l'appendicite. Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 13^e leçon.

EWALD, De l'appendicite larvée (Langenbeck's Archiv. für. klin. Chir., vol. LX, n^o 1, p. 80).

LEVREY, Du rôle de l'épiploïte au cours de l'appendicite (th. de Paris, 1898-1899).

PESQUEREL, De l'appendicite chronique (th. de Paris, 1899-1900).

Société de chir. de Paris (Bull. de) :

BARETTE DE CAEN, 1^{er} mars, p. 209.

WALTHER, 15 mars, p. 297. Appendicite kystique de volume anormal.

TRIPPIER R, et J. PAVIOT, Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire (Arch. gén. de méd., juillet).

1900

JALAGUIER, Indications thérapeutiques dans l'appendicite.

— Comptes rendus du XIII^e Congrès internat. des sc. méd., Paris.

MONTAIS, Contribution à l'étude de l'appendicite chronique (th. de Paris, 1899-1900).

ROBIN ALBERT, Maladies de l'estomac.

Soc. de chir. de Paris (Bull. de) :

JALAGUIER, Appendicite chronique, 14 février, p. 178.

WALTHER, Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique, 7 février et 7 mars, p. 157 et 254.

SONNENBURG, Pathologie und Therapie der Perityphlitis, 4^e éd., 1900.

TALAMON, La colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'appendicite.

1901

DIEULAFOY, De l'appendicite, in *Traité de pathologie interne*.

— Toxicité de l'appendicite. Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu, 17^e leçon.

RASTOUIL, Appendicite chronique (th. de Paris, 1900-1901).

1902

DREYFUS, Appendicite et cholécystite (th. de Lyon, 1902-1903).

LONGUET, De la dyspepsie appendiculaire (Sem. méd., 4 juin).

1903

MICHEL G. et H. BICHAT, Contribution à l'étude de la dyspepsie appendiculaire (Revue méd. de l'Est, 1^{er} janvier).

PERAIRE et BENDER, Trois cas d'appendicite (Soc. anat. de Paris, mars, p. 234).

VILLARD, Leçon inédite, 12 février. Appendicite à forme dyspeptique.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Définition et historique	9
CHAPITRE II. — Etiologie.	13
CHAPITRE III. — Pathogénie et physiologie pathologique	17
CHAPITRE IV. — Symptomatologie	30
CHAPITRE V. — Evolution. — Durée. — Pronostic. — Complications.	38
CHAPITRE VI. — Diagnostic	67
CHAPITRE VII. — Anatomie pathologique	76
CHAPITRE VIII. — Traitement	80
CONCLUSIONS	85
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	89

